

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA – UFPB  
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS – CCJ  
COORDENAÇÃO DO CURSO DE DIREITO – CAMPUS JOÃO PESSOA  
COORDENAÇÃO DE MONOGRAFIA**

**JOSÉ RODRIGO DA SILVA DUARTE**

**OS PARÂMETROS DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E O  
JULGAMENTO DO TEMA 106 PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

**JOÃO PESSOA  
2019**

**JOSÉ RODRIGO DA SILVA DUARTE**

**OS PARÂMETROS DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E O  
JULGAMENTO DO TEMA 106 PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Direito de João Pessoa do Centro de  
Ciências Jurídicas da Universidade  
Federal da Paraíba como requisito parcial  
da obtenção do grau de Bacharel em  
Direito.

Orientador: Dr. Jonábio Barbosa dos  
Santos

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

D812p Duarte, José Rodrigo da Silva.

Os Parâmetros da Judicialização na Saúde Pública e o Julgamento do Tema 106 pelo Superior Tribunal de Justiça / José Rodrigo da Silva Duarte. - João Pessoa, 2019.

61 f.

Orientação: Jonábio Barbosa dos Santos.  
Monografia (Graduação) - UFPB/CCJ.

1. Saúde. Direito à saúde. Judicialização na saúde. I. dos Santos, Jonábio Barbosa. II. Título.

UFPB/CCJ

**JOSÉ RODRIGO DA SILVA DUARTE**


**OS PARÂMETROS DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA E O  
JULGAMENTO DO TEMA 106 PELO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao Curso de Graduação em  
Direito de João Pessoa do Centro de  
Ciências Jurídicas da Universidade  
Federal da Paraíba como requisito parcial  
da obtenção do grau de Bacharel em  
Direito.

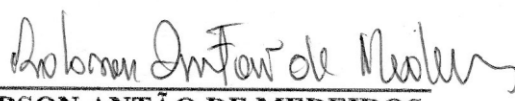
Orientador: Prof. Dr. Jonábio Barbosa dos  
Santos

**DATA DA APROVAÇÃO: 07 DE MAIO DE 2019**

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. JONÁBIO BARBOSA DOS SANTOS  
(ORIENTADOR)

  
\_\_\_\_\_  
Prof.ª Dr.ª MARILIA MARQUES REGO VILHENA  
(AVALIADOR)

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. ROBSON ANTÃO DE MEDEIROS  
(AVALIADOR)

Dedico a minha família pelo total apoio e  
compreensão nessa caminhada vitoriosa, em  
especial, aos meus pais Maria José e  
Francisco Duarte (*in memoriam*) e a minha  
irmã Ana Karla. Enfim, muitíssimo obrigado  
a todos!

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pelo dom da vida, sabedoria e por sempre guiar os meus passos.

A minha família que é meu alicerce, em especial aos meus pais Maria José Paiva da Silva e Francisco Macedo Duarte (*in memoriam*) e a minha irmã Ana Karla pelo companheirismo de sempre.

Aos meus primos e primas, que sempre estiveram comigo quando precisei de palavras sinceras, por sempre terem acreditado em mim, e por ter coroado meus esforços.

Aos meus tios e tias que sempre torceram pelas minhas vitórias, e que contribuíram para minha formação de forma direta e indiretamente.

Ao orientador Professor Dr. Jonábio Barbosa dos Santos, pela sua dedicação, compreensão e por ter confiado na minha capacidade para chegar até aqui.

A Universidade Federal da Paraíba – UFPB e a todos que fazem a instituição ser referência no ensino de qualidade, a todos meu muito obrigado.

Aos amigos de sala, em especial a Romeu, Petryn, Lucas e Tiago que me proporcionaram que a caminhada até aqui pudesse ter sido mais amena e prazerosa.

Por fim, sou grato a todos que de forma direta ou indireta contribuíram para que eu chegasse até aqui.

Obrigado a todos, sem vocês não seria possível a realização desse sonho.

*“A vida está cheia de desafios que, se aproveitados de forma criativa, transformam-se em oportunidades”.*

*(Marxwell Maltz)*

## RESUMO

Em vista que o número crescente de demandas no sistema judiciário brasileiro envolvendo o direito a saúde decorre da pretensão de reconhecer o direito supracitado diante do Poder Judiciário como um direito subjetivo, cabendo ao magistrado dispor de fundamentos para concretização desse direito, pesquisa-se sobre os parâmetros da judicialização na saúde pública e os reflexos do julgamento do tema nº 106 pelo Superior Tribunal de Justiça - STJ no ordenamento jurídico brasileiro, a fim de apreciar o objeto das ações presentes no poder judiciário e os efeitos das políticas públicas concernente ao Sistema Único de Saúde - SUS no contexto nacional após o advento da Constituição Federal e as Leis de nº 8.080/90 e 8.142/90, especificamente com o julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ. Para tanto, é necessário descrever as principais reflexões do direito a saúde pública no Brasil sob o enfoque atual, reproduzindo os anseios da sociedade no contexto social da Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas do SUS, detalhar a judicialização na saúde pública e os procedimentos, diretrizes e estratégias desempenhados pelo Poder Judiciário e o Ministério Público no empenho ao direito a saúde e reconhecer e examinar os critérios definidos pelo Recurso Especial nº 1.657.156/RJ quanto a obrigatoriedade do Poder Público em fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS. Realiza-se, então, uma pesquisa de finalidade básica explicativa, objetivo descritivo, sob o método de abordagem hipotético-dedutivo e realizado com procedimentos metodológicos e bibliográficos. Diante disso, verifica-se a imprescindibilidade da análise de cada um dos requisitos definidos na tese do tema nº 106 do STJ, seu cumprimento pelos demais tribunais presentes no território nacional e os principais reflexos promovidos com o julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ na dinâmica social, o que impõe a constatação de que é de fundamental importância que o Poder Judiciário ao atuar em demandas envolvendo o direito a saúde, disponha de critérios de fácil entendimento para a população diante da prestação de ações e serviços pelo Poder Público, como o caso do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, além de promover mecanismos que permitam uma relação harmônica entre os atores sociais envolvidos no tema da judicialização na saúde pública.

**Palavras-chave:** Saúde. Direito à saúde. Judicialização na saúde pública. Tema 106 do STJ.



## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ADCT – ATO DAS DISPOSIÇÕES CONSTITUCIONAIS TRANSITÓRIAS

ANADEP – ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS DEFENSORES PÚBLICOS

ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

ART – ARTIGO

ATS – AVALIAÇÃO DE TECNOLOGIAS EM SAÚDE

CAPS – CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

CFM – CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA

CNJ – CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA

CONITEC – COMISSÃO NACIONAL DE INCORPORAÇÃO DE TECNOLOGIAS NO SUS

CPC – CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL

CRM/SP – CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO

GADA – GRUPO DE AMPARO AOS DOENTES DE AIDS

NAT-JUS – NÚCLEO DE APOIO TÉCNICO AO PODER JUDICIÁRIO

ONU – ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS

RE – RECURSO EXTRAORDINÁRIO

RENAME – RELAÇÃO NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS

RESP – RECURSO ESPECIAL

STF – SUPREMO TRIBUNAL FEDERAL

STJ – SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA

SUS – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2. O DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL SOB A ÓPTICA CONTEMPORÂNEA</b>	13
2.1 DIREITO À SAÚDE PÚBLICA: CONSIDERAÇÕES E ABRANGÊNCIA	14
2.2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL	17
2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	22
<b>3 DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA</b>	28
3.1. A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: SUAS VERTENTES E IMPLICAÇÕES	28
3.2 DAS AÇÕES E DIRETRIZES DESEMPENHADAS PELO PODER JUDICIÁRIO E O PODER LEGISLATIVO	34
3.3 O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO E DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE	36
3.4 MÍNIMO EXISTENCIAL X RESERVA DO POSSÍVEL	38
3.5 ESTRATÉGIAS EMPREGADAS NO TRATO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE	40
3.5.1 O Núcleo de Apoio Técnico ao Poder Judiciário - NAT-Jus e o ACESSA SUS	41
<b>4 DA OBRIGATORIEDADE DO PODER PÚBLICO EM FORNECER MEDICAMENTOS NÃO AMPARADOS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E O REPETITIVO Nº 106 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA</b>	43
4.1 O RECURSO ESPECIAL 1.657.156/RJ: EXPOSIÇÃO FÁTICA E A TESE FIXADA	44
4.2 DOS REQUISITOS DETERMINADOS	48
4.3 PRINCIPAIS REFLEXOS DA DECISÃO DO STJ	51
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	53
<b>REFERÊNCIAS</b>	56

## 1 INTRODUÇÃO

O direito a saúde é alicerçado pela Constituição Federal de 1988 como um direito fundamental e social que historicamente tem sido omitido pelo poder legislativo e executivo na concretização desse direito. Em consequência, incide ao poder judiciário um fluxo excessivo de ações, reconhecidas como a judicialização da saúde, postulando prestações por parte do Estado para garantir o referido direito.

Sabe-se que o número crescente de demandas no sistema judiciário brasileiro envolvendo o direito a saúde, não se origina da ausência legislativa, visto a extensa legislação conferida ao direito à saúde no país, mas sim se origina de esforços para o reconhecimento do referido direito diante do judiciário como um direito subjetivo, incumbindo ao magistrado dispor de fundamentos para efetivação desse direito.

Além disso, segundo dados fornecidos pelo portal do Ministério da Saúde (2017), entre os anos 2010 e 2016, o poder público experimentou um aumento de 1.010% em gastos resultantes de determinações judiciais abrangendo o direito a saúde, tendo a União empregado 4,5 bilhões de reais no atendimento as demandas judiciais de compras de fármacos, além de depósitos judiciais<sup>1</sup>.

De forma genérica, será analisado se o ordenamento jurídico brasileiro estaria hábil para enfrentar os novos desafios trazidos pelo fenômeno da judicialização na saúde e reconhecer a tutela de proteção em face de população que necessita dos serviços e ações de saúde pública desempenhados por força normativa da Constituição Federal de 1988 e das Leis Orgânicas do SUS, a Lei de nº 8.080/90 e 8.142/90.

Nesse estudo, terá um debruçar diante das novas perspectivas que envolvem a judicialização na saúde e seus impactos nas políticas públicas e na organização da rede pública de saúde. O questionamento que se faz é referente a efetivação do direito à saúde, visto que através da judicialização é que o sistema judiciário exige dos entes federativos a concretização do direito à saúde, em razão da ineficiência das políticas públicas em nosso ordenamento.

Nessa perspectiva, diante do fluxo excessivo de demandas postulando prestações por parte do Estado para garantir o direito a saúde, percebe-se a necessidade de se avaliar os parâmetros da judicialização na saúde pública e os reflexos do julgamento do tema nº 106 pelo Superior Tribunal de Justiça no ordenamento jurídico brasileiro.

---

<sup>1</sup>Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29890-nucleo-de-judicializacao-aprimora-seguranca-do-paciente-em-aco-es-judiciais>. Acesso em: 02 mar. 2019.

Portanto, indaga-se: O Poder Judiciário ao instituir políticas públicas aplicáveis à esfera da saúde pública através do fenômeno da judicialização tem conseguido efetivar o direito a saúde?

Então, o objetivo geral da presente pesquisa é avaliar as demandas do poder judiciário e os efeitos das políticas públicas voltadas ao sistema público de saúde no arranjo nacional ao longo dos anos em especial o Recurso Especial nº 1.657.156/RJ.

Para tanto, foram delineados os seguintes objetivos específicos: descrever as principais características do direito a saúde pública no país na contemporaneidade, examinando a conceituação de saúde e sua contextualização na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas do SUS; caracterizar a judicialização na saúde pública e as ações, diretrizes e estratégias empreendidas pelo Poder Judiciário e o Ministério Público no compromisso o direito a saúde; e identificar os critérios definidos pelo Recurso Especial nº 1.657.156/RJ quanto a obrigatoriedade do Poder Público em fornecer medicamentos não previstos pela rede pública de saúde.

Parte-se da hipótese de que as estratégias do Poder Público para o trato da saúde pública restaram infrutíferas, visto a amplitude de ações e serviços que compete a executar diante da regulamentação pela Constituição Federal e as Leis Orgânicas do SUS provocando o número crescente de ações no judiciário brasileiro envolvendo o direito à saúde.

Assim, para viabilizar o teste da hipótese, realiza-se uma pesquisa de finalidade básica explicativa, visto uma das finalidades desta pesquisa é analisar a causa e consequência do problema trazido pelo tema. No que tange à metodologia, o trabalho faz a opção pelo método de abordagem hipotético-dedutivo, em razão da análise do embaraço na efetivação de políticas públicas envolvendo o direito a saúde, em específico as circunstâncias envolvendo o fornecimento de medicamentos pelo SUS e a exploração da tese fixada com o tema nº 106 do STJ.

No tocante ao procedimento metodológico dar-se-á por meio do método monográfico, considerando o Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, incorporado ao tema nº 106 do STJ, tendo como objetivo a análise da tese fixada e seus reflexos no crescente número de demandas envolvendo o direito a saúde e o método bibliográfico tendo em vista a necessidade de fazer consultas jurisprudenciais, doutrinárias e em outras fontes diversificadas. Estas ferramentas permitirão alcançar o intuito da pesquisa, que é a demonstração dos parâmetros da judicialização na saúde pública.

No primeiro capítulo, é descrito o conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde e o conceito de saúde com o advento da Constituição Cidadã, sua incorporação como

direito social e de segunda dimensão e as circunstâncias do direito à saúde com a incorporação do SUS segundo a Constituição Federal e as Leis de nº 8.080/90 e 8.142/90, ambas reconhecidas como Leis Orgânicas da Saúde que dispõe sobre as bases de funcionamento do SUS em todo território brasileiro.

No segundo capítulo, serão demonstradas as características do fenômeno da judicialização na saúde pública com suas vertentes, implicações, ações e diretrizes desempenhadas pelos atores envolvidos no cenário da efetivação da saúde pública e as estratégias adotadas pelo Poder Judiciário e Ministério Público no trato da judicialização. Além de uma breve análise da relação entre as teorias da reserva do possível e do mínimo existencial e as relações com a efetivação do direito à saúde.

No terceiro e último capítulo, será explanado sobre todo o trâmite legal percorrido pelo Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, a análise de cada um dos requisitos definidos na tese, sua observância pelos demais tribunais, e por fim os principais reflexos promovidos com o julgamento do tema no cenário atual.

## 2. O DIREITO À SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL SOB A ÓPTICA CONTEMPORÂNEA

Sabe-se que o direito a saúde pública no Brasil vem se desenvolvendo com o passar dos anos e tudo isso reflete diretamente na vida da população. Sua conceituação e amplitude ganharam uma nova caracterização após o movimento de redemocratização do país, e nessa perspectiva, tal direito vem acompanhado da ideia de adoção de políticas públicas visando promover avanços no tocante a saúde e confirmar os direitos constitucionais próprios dos cidadãos.

É interessante trazer o entendimento da Primeira Turma do Supremo Tribunal Federal, no Recurso Extraordinário de nº 242.859, datado de 29 de junho de 1999, de relatoria do Ministro Ilmar Galvão, que se tornou orientação jurisprudencial firmada pela corte, a seguir colacionado:

O direito à saúde - além de qualificar-se como direito fundamental que assiste a todas as pessoas - representa consequência constitucional indissociável do direito à vida. O Poder Público, qualquer que seja a esfera institucional de sua atuação no plano da organização federativa brasileira, não pode mostrar-se indiferente ao problema da saúde da população, sob pena de incidir, ainda que por censurável omissão, em grave comportamento inconstitucional. (RE 242859, Relator (a): Min. ILMAR GALVÃO, Primeira Turma, julgado em 29/06/1999, DJ 17-09-1999).

Faz-se mister salientar que é de tamanha importância o acolhimento deste entendimento, diante das dificuldades enfrentadas ao longo da história do nosso país. Deste modo, experiência decorre do disposto no art. 6º, da Constituição de 1988<sup>2</sup>, que prevê os direitos sociais, e dentre eles o direito a saúde como um direito perante todos. Nesse cenário, o art. 196 da Constituição Cidadã<sup>3</sup> apresenta os fundamentos básicos do direito à saúde no país, introduzindo a quem compete prestar esse tipo de serviço, norteador o acesso universal e igualitário.

Na esfera infraconstitucional, deve ser observada no presente estudo a Lei nº 8.080/90, reconhecida como a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde, que “dispõe sobre as condições para a promoção, a proteção e a recuperação da saúde e sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, além de dar outras providências” (BRASIL,

---

<sup>2</sup> Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

<sup>3</sup> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

1990), bem como a Lei nº 8.142/1990 que versa sobre “a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências” (BRASIL, 1990).

Nessa linha, como bem preceitua, José Afonso da Silva (2014, p. 844), pode-se dizer que o direito à saúde, desenvolvido após o regime de redemocratização, surge como “direito de todos e dever do Estado”. Deste modo, o direito a saúde pode e deve ser exigido da União, dos Estados e dos Municípios, mas grande parte da população desconhece as ferramentas disponíveis para obter acesso ao conjunto de serviços e ações dirigidos a saúde.

Diante do que foi apresentado, entende-se que o direito à saúde é reconhecido no ordenamento jurídico brasileiro através do artigo 6º da Constituição Federal, entretanto, sua concretização ocorre de modo mais efetivo no artigo 196º do referido diploma, ao conceder aos indivíduos o direito de exigir do Estado o acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde, além da regulamentação através da legislação infraconstitucional.

## 2.1 DIREITO À SAÚDE PÚBLICA: CONSIDERAÇÕES E ABRANGÊNCIA

Conceituar o termo saúde é extremamente difícil, uma vez que essa definição exprime muita complexidade e subjetivismo, motivado por preceitos sociais, econômicos e culturais de determinada época. Deste modo, faz-se necessário explanar acerca do conceito de saúde construído pela Organização Mundial da Saúde – OMS em 1946 e pela 8ª Conferência Nacional da Saúde de 1986, originando na Constituição Federal de 1988.

A Organização Mundial de Saúde, reconhecida como uma agência especializada integrante da Organização das Nações Unidas - ONU estabelece o conceito de saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946).

Nesse sentido, muitas críticas são apresentadas ao conceito de Saúde apontado pela OMS.

A definição de saúde da OMS, é seguida pelo conceito brasileiro, como pode ser observado, gerando controvérsias devido ao seu caráter idealista. Identificar saúde como “um estado de completo bem estar físico, mental e social” é, pragmaticamente falando, irreal, uma vez que o conceito de bem estar é extremamente abstrato, inexistindo critérios definidos que possam a ele ser aplicados. Porém, importante ressaltar que a saúde, independentemente de qualquer definição que lhe possa ser atribuída, é produto de condições objetivas de existência, resultando das condições de vida do homem. Conceitos como saúde, doença e bem estar variam no espaço e no tempo, a cada cultura e a cada época. (CORRÊA, 2013, p. 52).

Com base no conceito e na crítica postulada a OMS, é possível notar que o termo saúde não representa a inexistência de doença, bem como não se resume unicamente ao corpo, mas sim a inclusão dos aspectos mentais, sociais e toda a coletividade. Também é possível perceber que para efetivar o direito a saúde é necessário o comprometimento e atuação de outros setores da sociedade. Assim, a saúde abrange toda uma coletividade, implicando em ações de caráter social, em especial a realização de políticas públicas.

No Brasil, antes da Constituição da República Federativa de 1988, o cenário no qual se encontrava o direito a saúde era bem diferente da conjuntura contemporânea, isso porque, conforme Polignano (2001), o desempenho de ações no campo da saúde possui um elo de ligação com os aspectos político, econômico e social do país, de modo que a evolução destes proporcionam a evolução daquelas. Logo, cada período histórico do país atribuiu ao direito à saúde uma natureza singular.

Sob os anseios do processo de redemocratização do país, ocorreu em 1986 a 8ª Conferência Nacional da Saúde, definindo o conceito de saúde como:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, e renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986, p. 04).

Conforme bem ressaltado pela coleção institucional do Ministério da Saúde (2007), o termo saúde decorre de circunstâncias objetivas e subjetivas que proporcionem condições dignas de vida, ou seja, a formação do direito à saúde subordina-se a execução de políticas públicas. Essa percepção esteve presente durante o período da Reforma Sanitária e faz-se presente na conjuntura contemporânea, em razão dos esforços da sociedade para efetivação do direito a saúde pública no Brasil.

Com o advento da Constituição Cidadã, o direito a saúde passou a figurar como direito fundamental fato resultante dos avanços históricos e sociais, pois conforme o texto das constituições antecessoras, tal direito limitava-se a determinação de competências ou como direito amparado na esfera trabalhista (SARLET, 2013).

Neste sentido, destaca Walber de Moura Agra:

O direito ora retratado ultrapassa a vinculação com o direito à vida, que se encontra destituído de indicações valorativas, mormente, no mais das vezes, reduzido à constatação da produção de sinais vitais, para resguardar a proteção à integridade física, que engloba a saúde corporal e psicológica, bem como o direito ao desenvolvimento da personalidade. Não basta somente evitar que a pessoa humana



seja acometida de doenças, mas também de igual importância se reveste seu papel de assegurar que o cidadão possa desenvolver todas as suas capacidades, de acordo com os objetivos que busca perseguir em sua existência (AGRA, 218, p. 839).

Com base nas concepções acima citadas, é possível notar que o direito a saúde é reconhecido como um direito social, incorporado na segunda dimensão de direitos, impondo ao Estado o cumprimento de prestações positivas. Além disso, o direito a saúde está presente no capítulo que trata da seguridade social, dotado de universalidade e figurando como expressão de direito fundamental.

Para José Afonso da Silva, os direitos sociais,

São prestações positivas proporcionadas pelo Estado direta ou indiretamente, enunciadas em normas constitucionais, que possibilitam melhores condições de vida aos mais fracos, direitos que tendem a realizar a igualização de situações sociais desiguais (SILVA, 2014, p. 288).

O direito a saúde retrata uma versatilidade ao apresentar-se em seu aspecto negativo, pautado na defesa, bem como em seu aspecto positivo, pautado na prestação do Estado, ambas as situações coexistem entre si, e o que determina a sua aplicação é a análise do caso concreto (AGRA, 2018).

Conforme analisado por Ana Paula de Barcellos (2018), a Lei Maior no que concerne ao direito à saúde, o aborda de duas maneiras distintas, primeiramente sob a perspectiva de políticas sociais e econômicas aspirando a redução da proliferação de doenças, e por outro lado, a realização de serviços e ações visando a melhorias na saúde.

Com base nas opiniões dos autores, é possível notar que o referido direito possui duas vertentes, tem-se de um lado um direito que é prestacional, ou seja, compete ao Estado realizar ações e serviço para promoção, prevenção e recuperação da saúde, e tem-se por outro lado a concepção protetiva do direito a saúde através de uma política social e econômica que faça uma inclusão e que tenha um financiamento que lhe permita fazer essa inclusão, evitando o risco de agravo na saúde.

O grande debate em torno da versatilidade do direito a saúde encontra-se na busca pelo equilíbrio entre garantir o acesso à saúde de forma prestacional simultaneamente com encargo na prestação estatal de não lesar o direito a saúde dos cidadãos.

O direito a saúde passa a ser instituído da forma em que se conhece atualmente, através do artigo 196 da Constituição Federal. Logo, tomado por base o disposto no referido artigo, o direito à saúde torna-se uma obrigatoriedade do Estado, vinculado a efetivação de políticas sociais e as circunstâncias econômicas que envolvem essa política. Além disso, é

estabelecido um acesso igualitário e universal aos serviços e ações na qualidade de garantia do cidadão.

A expressão saúde como direito de todos remete a uma percepção pautada em três pilares norteadores do SUS que serão mais bem explanados em momento específico, são eles: a universalidade, a equidade e a integralidade. A universalidade trata-se de um direito instituído para incluir a todos os cidadãos. A equidade significa dar a esses cidadãos o que eles necessitam dentro de um sistema hierarquizado e de grande complexidade. A integralidade surge em razão da condição de seres biopsicossociais e da necessidade de ações e serviços que atendam a nossa integralidade.

Desse modo, pode-se concluir que o sistema de saúde pública do país é universal e integral, isso significa que todos os entes federativos têm o dever de prestar esse atendimento e, além disso, independe do universo de pessoas. Há uma obrigatoriedade estatal em atender o indivíduo integralmente e indistintamente. Esse atendimento implica que o estado se organize, aparelhe-se e tenha arrecadação suficiente para aplicar esses recursos.

Passados dois anos após o advento da Constituição tem-se a edição da Lei nº 8.080/90, que é um manual de funcionamento do SUS, regendo todo o funcionamento do sistema. Através da referida lei, o direito a saúde foi instituído com a percepção de “direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício” (BRASIL, 1990).

Agora que já se reconhece as considerações essenciais do direito à saúde pública no Brasil e o seu alcance na ordem social e jurídica, passa-se a discutir os dispositivos da Carta Magna de 1988 que proporcione a efetivação do referido direito.

## 2.2 A CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

Conforme mencionado, a saúde é um direito fundamental e foi concretizado como um direito de todos e dever do Estado e com status de universalidade mediante o artigo 196 da Constituição Federal. Além disso, o texto constitucional, entre os artigos 196 e 200, serviu como base para a elaboração do Sistema Único de Saúde - SUS com suas principais características de universalidade e integralidade dos serviços tratando de suas diretrizes operacionais, da descentralização dos serviços e ações e também da participação das três esferas de governo.

A materialização do direito à saúde por meio do artigo 196 da Constituição Federal, norma dotada de natureza principiológica, concebeu o princípio da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços como norteadores da saúde pública.

O princípio da universalidade surge como uma aspiração por parte da sociedade para integrar o sistema de saúde pública do país, mas para cumprir seu objetivo é essencial um sistema de serviços e ações disponível para todos os indivíduos. O referido princípio, “impõe ao Estado brasileiro um dever específico para cada necessidade de saúde identificada no território nacional, sendo vedada a discriminação por qualquer razão que seja” (AITH et al., 2014, p. 36).

O Direito à saúde se configura nos chamados Direitos Sociais e tem como inspiração a igualdade entre as pessoas. Segundo Barreto e Pavani (2013) a inserção de forma expressa do termo igualdade na parte final do artigo 196 o torna redundante em razão da saúde compor os direitos fundamentais e sociais e assim, implicitamente pertence ao ser humano e não apenas a um conjunto de indivíduos.

O status de universalidade eclodiu na possibilidade de atuação do setor privado através da saúde suplementar, com a previsão do artigo 197 decorrente de uma obrigação estatal, portanto o particular pode exercer e atuar nesse sentido.

Na visão de Walber de Moura Agra (2018), compete aos entes federativos a execução de serviços e ações voltadas à saúde, concedendo ao setor privado operar em caráter suplementar, observando o ordenado pelo Poder Público no que concerne a regulamentação, fiscalização e controle. Na perspectiva de Ingo Wolfgang Sarlet (2013), a regulamentação, fiscalização e controle são ações empreendidas pelo Estado como função estatal típica, perfazendo múltiplas extensões do dever de proteção à saúde.

Segundo Sylvio Motta (2018), o preceito em comento analisa a atuação do Poder Público e o setor privado separadamente. De um lado, incumbe ao Poder Público as atividades de regulamentação, fiscalização e controle dos serviços e ações de saúde. De outro lado, incumbe ao particular seguir os requisitos legais para prestação dos desempenhos de saúde.

Diante das afirmações dos autores, o dever do Poder Público pode ser repassado em caráter suplementar a iniciativa privada, de modo que através da regulamentação, fiscalização e controle estatal, as empresas voltadas a prestação de serviços e ações de saúde da iniciativa privada passaram a ter derivação das obrigações decorrentes do direito à saúde.

Mais adiante, o artigo 198 se propõe a definir o Sistema Único de Saúde da seguinte forma:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade.

(...)(BRASIL, 1988).

A organização constitucional do SUS, prevista no artigo 198, define o sistema público de saúde através da integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada entre os entes federativos. Desse modo, compete aos três entes federativos integrar os serviços e ações, ressalvada a existência de interdependência na integração dos serviços.

Fica claro, portanto, que a Constituição ao definir o SUS, institui um excelente modelo organizacional, pautado na integralidade das ações e serviços dos entes federativos, e dispondo sobre uma hierarquia de procedimentos e atendimentos de maneira bem constituída. Entretanto, na prática o SUS apresenta um mecanismo muito denso, promovendo uma dificuldade no ingresso aos serviços e ações, ocasionando a busca ao judiciário, na tentativa de prestar o auxílio ao cidadão e obter o direito fundamental a saúde.

Sobre os incisos do artigo 198, Adriana Zawada Melo (2018), afirma que a direção única em cada esfera governamental admite a criação de um órgão gestor em cada esfera de governo, respeitado o fenômeno da regionalização e hierarquia e que poucas vezes o atendimento de forma integral como previsto no inciso II, ocorrerá em sua totalidade, assim sendo, foi priorizado as atividades de caráter preventivo, em harmonia com a universalidade. Além disso, o inciso III surge para assegurar a atuação da comunidade na gestão do sistema, em razão da regionalização e das ações de caráter prioritário de cada localidade.

Consoante com a descentralização de que trata o dispositivo, é produzida uma proporcionalidade entre as questões sobre saúde, de modo que as matérias mais complexas ou orçamentárias são destinadas a União e em uma sequência de menor complexidade refletirá entre os Estados e Municípios.

O grande debate em torno da descentralização é que o Supremo Tribunal Federal - STF expressou entendimento que os três entes federativos respondem de forma solidária pelos serviços e ações da saúde, conforme o julgado a seguir colacionado:

Incumbe ao Estado (gênero) proporcionar meios visando a alcançar a saúde, especialmente quando envolvida criança e adolescente. O SUS torna a responsabilidade linear alcançando a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios. (RE 195.192, rel. min. Marco Aurélio, j. 22-2-2000, 2ª T, DJ de 31-3-2000).

Com o advento da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, o artigo 198, § 1º, passou a determinar que os serviços e ações no ramo da saúde pública serão custeados através de fundos da Seguridade Social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Outra alteração anunciada com a Emenda Constitucional nº 29/2000 foi a determinação aos três entes federativos da obrigatoriedade na aplicação de recursos mínimos nos serviços e ações públicas de saúde (art. 198, § 2º). Além disso, foi incorporada ao artigo 198, através do § 3º, a imposição de uma Lei complementar para a programação dos percentuais mínimos destinados a saúde.

A conclusão de Saulo Lindorfer Pivetta, após as alterações trazidas pela Emenda Constitucional nº 29/2000, foi de que:

Com estas modificações no texto constitucional, o legislador constituinte derivado buscou entabular critérios mais objetivos quanto à vinculação do Poder Público em relação aos gastos com ações e serviços de saúde. Tal preocupação reflete duas características inarredáveis dos direitos sociais em geral, e do direito à saúde em particular. Em primeiro lugar, ainda que esses direitos abarquem também conteúdos que não exijam aporte de recursos públicos, é inegável sua faceta prestacional, que frequentemente demandam intervenções custosas por parte do Estado. Em segundo lugar, que o vasto leque de posições jusfundamentais compreendido pelo direito à saúde impõe a necessidade de se delimitar de maneira clara quais ações e serviços deveriam ser custeados pelo sistema público, bem como qual padrão de investimento estatal seria razoável para fazer frente às demandas populares – considerando, assim, a necessidade de repartição das verbas públicas entre as várias prioridades encartadas na Constituição (PIVETTA, 2013, p.150).

O artigo 77, do Ato Das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT, igualmente introduzido no texto constitucional com a Emenda Constitucional nº 29/2000, determinou a regra transitória dos percentuais mínimos destinados a saúde enquanto não ocorresse a edição da Lei complementar mencionada no artigo 198, § 3º. Nesse ponto, José Maurício Conti afirma que:

O artigo 77 do ADCT deve ser lido em conjunto com o art. 198, § 2º, da CF. Na ausência de legislação complementar que regulamente o mencionado dispositivo constitucional, prevalecem os percentuais e a fórmula de cálculo do art. 77 do ADCT, que prevê um complexo sistema de partilha e destinação de recursos, cujos detalhes estão especificados no próprio dispositivo, não sendo o caso de reproduzi-lo. Há previsão de valor mínimo que a União deva destinar, e essencialmente vinculam-se percentuais de receitas de impostos e transferências intergovernamentais obrigatórias, tanto de Estados e Distrito Federal quanto de Municípios, para aplicação na área da saúde (CONTI, 2013, p. 4892).

Além da definição do direito à saúde e apresentar as orientações ao Sistema Único de Saúde, o texto constitucional em seu artigo 199 proporcionou o direito da iniciativa privada à participar do sistema de saúde em caráter complementar através de direito público ou

convênio, respeitando as diretrizes do SUS. Desse modo, não se pode tratar da assistência universal a saúde da população sem incluir as pessoas possuidoras de planos privados de saúde.

A ação de auxiliar a saúde pode ser desempenhada pelo setor privado aos indivíduos que possuem condições de arcar com a cobertura de um plano privado de saúde, mas mantendo seu caráter excepcional, diante do caráter basilar da saúde pública no Estado brasileiro (AGRA, 2018).

Fica claro, portanto, que a Constituição possibilitou em caráter suplementar o exercício de atividades ao setor privado permitindo ao particular atender ao direito à saúde, desde medicamentos, consultas, exames e tratamentos, além do aspecto preventivo da saúde, como medidas de imunização, fiscalização e vigilância sanitária, respeitando os regramentos e princípios previstos no texto legal.

A redação dada ao artigo 200 e seus incisos designa as competências e atribuições do SUS, dentre elas exercer a fiscalização e o controle dos procedimentos e produtos de relevância para a saúde (inciso I), realizar ações voltadas para políticas sanitárias e epidemiológicas (inciso II), gerir recursos humanos na área da saúde (inciso III), atuar na elaboração de ações direcionadas ao saneamento básico (inciso IV), promover o aperfeiçoamento e o desenvolvimento tecnológico e científico (inciso V), atuar no controle e fiscalização dos procedimentos voltados para alimentação e substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos (incisos VI e VII), e participar da proteção ao meio ambiente (inciso VIII).

Como bem explana Adriana Zawada Melo:

o constituinte optou por detalhar apenas as atribuições essenciais do SUS, consideradas imprescindíveis por serem consentâneas com o conceito expresso no referido art. 196, que privilegia a redução do risco de doença e de outros agravos. Naturalmente, não é o sistema em si, mas os entes estatais que o integram, elencados pelo art. 4º, *caput*, da Lei n. 8.080/90, que executam as diversas atribuições cometidas ao SUS e a seguir examinadas (MELO, 2018, p. 1039).

A partir dos dispositivos da constituição, é possível notar que o direito à saúde compreende a concepção biopsicossocial, afastando-se do conceito de saúde apenas como inexistência de doença e inserindo em seu conceito a importância dos aspectos sociais e econômicos. Também é possível perceber a descentralização no que tange às ações e serviços de saúde, bem como a prática de um financiamento tripartite.

Desse modo, os progressos e adversidades que surgiram ao longo de todo o contexto histórico do Brasil, resultaram na formação das normas constitucionais concernentes a saúde e

nas Leis de nº 8.080/90 e 8.142/90 que confirmaram princípios fundamentais e nortearam a política de saúde atual do Brasil.

### 2.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Após a incorporação do sistema público de saúde na Carta Constitucional de 1988, no ano de 1990 foram publicadas as Leis de nº 8.080 e 8.142, ambas reconhecidas como Leis Orgânicas da Saúde que dispõe sobre as bases de funcionamento do SUS em todo território brasileiro.

A Lei nº 8.080/90 estruturou o Sistema Único de Saúde e apresentou suas atribuições. Com efeito, segundo Polignano (2001, p.22), “esta lei define o modelo operacional do SUS, propondo a sua forma de organização e de funcionamento”. Logo, é através desta lei que as ações de saúde pública no Brasil passaram a ser regulamentadas.

A Lei nº 8.142/90 conferiu ao SUS a presença da comunidade na gestão, incluindo como um dos princípios basilares do sistema o chamado controle social, além de abordar o tema das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde (BRASIL, 1990).

Inicialmente, é interessante trazer o conceito do Sistema Único de Saúde de forma bem proferida pelo Ministério da Saúde com o propósito de compreender claramente o seu efetivo significado.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, abrangendo desde o simples atendimento para avaliação da pressão arterial, por meio da Atenção Básica, até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do país. Com a sua criação, o SUS proporcionou o acesso universal ao sistema público de saúde, sem discriminação. A atenção integral à saúde, e não somente aos cuidados assistenciais, passou a ser um direito de todos os brasileiros, desde a gestação e por toda a vida, com foco na saúde com qualidade de vida, visando a prevenção e a promoção da saúde. A gestão das ações e dos serviços de saúde deve ser solidária e participativa entre os três entes da Federação: a União, os Estados e os municípios. A rede que compõe o SUS é ampla e abrange tanto ações quanto os serviços de saúde. Engloba a atenção básica, média e alta complexidades, os serviços urgência e emergência, a atenção hospitalar, as ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e assistência farmacêutica (BRASIL, 2018).

Fica claro, portanto, o SUS é um progresso na sociedade brasileira, resultante de conquistas sociais, pois antes de sua criação, a saúde era presumida em não estar doente, e após a sua elaboração considera-se o conceito de saúde conectado a visão de sociedade em

funcionamento, marcada sobre pontos de moradia, emprego, renda, liberdade de expressão, além de outros direitos.

O SUS, como bem expos o Ministério de Saúde, é um dos sistemas no mundo que mais engloba elementos voltados a saúde, visto que leva em consideração não apenas o indivíduo, mas toda a sua família, sua comunidade, atuando na prevenção de doenças, no diagnóstico, no tratamento, na assistência, na reabilitação e na promoção da saúde.

O ordenamento jurídico brasileiro, através da Constituição Federal de 1988 e das Leis infraconstitucionais de nº 8.080/90 e 8.142/90, conduz como princípios orientadores do Sistema Único de Saúde, a equidade, a universalidade, a integralidade, a descentralização, o controle social, a hierarquização e a regionalização.

O princípio da equidade diz respeito às relações que envolvem a solidariedade, a generosidade e a convivência entre diferentes. A equidade não é sinônimo de igualdade, pois ela vai além disso, ela trata de forma diferente as pessoas diferentes para desfrutarem de direitos iguais.

Segundo o Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito à saúde (2005, p.12), o princípio da equidade “é a garantia de acesso de qualquer pessoa, em igualdade de condições, aos diferentes níveis de complexidade do Sistema, de acordo com a necessidade que o caso requeira”.

Diante do que foi apresentado, a equidade visa combater as desigualdades em saúde no país, uma vez que, apesar de todos terem direitos a saúde, nem todos têm as mesmas condições de acesso aos serviços e ações de saúde, então uma maneira de fazer com que essa desigualdade diminua é tratando o de maneira desigual os desiguais.

O princípio da universalidade significa que todas as pessoas têm direito à saúde e aos serviços e ações de saúde que necessitarem, independentemente do grau de complexidade, ou do custo para o exercício da atividade, em razão do financiamento solidário. Assim, a universalidade objetiva garantir que todos os indivíduos presentes no país tenham acesso à saúde fazendo com que o Estado garanta esse acesso às pessoas independentes de qualquer condição.

O princípio da integralidade corresponde ao conjunto de serviços integralizados, ou seja, funcionando em uma rede que interliga os diversos setores dos serviços de saúde. Conforme o portal do Ministério da Saúde, o referido princípio:

considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de



integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos (BRASIL, 2017).

O SUS persegue a integralidade em seu cotidiano através de seus profissionais, gestores e usuários na realização de campanhas de vacinação, distribuição de preservativos e medicamentos, pesquisas, eventos científicos, vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, transfusão de sangue, doação de órgãos, seja nas unidades de saúde ou nas unidades hospitalares ou pré-hospitalares e também nos centros de saúde holístico, um novo projeto na área da saúde que se propõe a oferecer praticas alternativas e tradicionais de outras culturas.

Evidencia-se, portanto, que o princípio da integralidade compreende o usuário dos serviços e ações do SUS em sua totalidade, desmistificando as doenças como simples problemas, mas sim conhecendo toda a complexidade que as envolvem mediante a promoção, proteção e tratamento da saúde.

Outro princípio é o da descentralização, que expressa a percepção de estar fora do centro, no cenário do SUS, consentindo ao sistema encontra-se em diversas áreas e fazendo com que os entes federativos disponham de graus de responsabilidades diferentes.

O princípio do controle social, quando se desenrola de maneira adequada, assegura a participação popular no desenvolvimento do SUS e nas providências em relação ao funcionamento dos serviços e ações de saúde. O controle social emerge nas instâncias do SUS, através dos Conselhos de Saúde e das Conferências de Saúde. Com efeito, o Manual de Atuação do Ministério Público Federal em defesa do direito à saúde, declara que:

Essa participação deve se dar nos Conselhos de Saúde, com a representação paritária entre usuários, Governo, profissionais de saúde e prestadores de serviço. Outra forma de participação são as Conferências de Saúde, realizadas de quatro em quatro anos, que servem para definir prioridades e linha de ação. Deve ser considerado também como elemento do processo participativo o dever das instituições de oferecerem as informações e conhecimentos necessários para que a população se posicione sobre as questões que dizem respeito à sua saúde (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005, p. 14).

O princípio da hierarquização diz respeito à organização dos serviços e ações de saúde por níveis de complexidade, no Brasil, o sistema público de saúde encontra-se dividido em três níveis hierárquicos, de modo que o nível tecnológico cresce conforme o grau de complexidade no serviço. Primeiro tem-se a atenção básica ou primaria à saúde, em seguida a média complexidade que comporta as especialidades, como centros especializados de fisioterapia, fonoaudiologia e os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, e pôr fim a alta complexidade que concentra os hospitais.

O princípio da regionalização expressa a articulação de todos os serviços de saúde de determinada região, considerando a realidade atual de cada região do país, pois o contexto econômico-social de cada localidade é essencial na realização dos serviços e ações de saúde que serão executados pelo SUS.

Tomados por base os princípios apresentados no presente trabalho, infere-se que além da organização formal para a participação no SUS, mediante os Conselhos e Conferências de saúde, os indivíduos podem de forma conjunta com a comunidade implantar melhores meios para o funcionamento do sistema, em razão disso, é que o SUS é pautado na universalidade, ou seja, para todos, independentemente de sua natureza, ou seja, com equidade, desempenhando suas atividades no território brasileiro por completo pelo princípio da descentralização e integrado para um melhor atendimento a população.

A Lei nº 8.080/90, em seus artigos 5º e 6º, apresenta os objetivos e atribuições do Sistema Único de Saúde, dentre eles identificar e divulgar os aspectos condicionantes e determinantes da saúde; elaborar políticas públicas designadas a executar no meio econômico e social a diminuição no risco de doenças e de outros agravos; e auxiliar a população através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, complementado por ações assistenciais e preventivas.

A redação dada ao artigo 6º da Lei nº 8.080/90 e seus incisos e alíneas designam o campo de atuação do SUS compreendendo o desempenho de ações na vigilância sanitária, epidemiológica, ações voltadas à saúde do trabalhador e a assistência terapêutica e farmacêutica; dispor de ações direcionadas ao saneamento básico, recursos humanos para saúde, orientação nutricional, meio ambiente, realização da política de sangue, além do desenvolvimento das atribuições previstas no texto constitucional em seu artigo 200.

Igualmente, o texto da Lei nº 8.080/90 apresenta dispositivos que tratam da organização, da direção e da gestão dos serviços do SUS (artigos 8 a 14-B); das competências e atribuições conferidas aos entes federativos (artigo 15, 16, 17 e 19). Além de atribuições voltadas a saúde da população indígena, atendimento e internação domiciliar, dentre outros temas.

A Lei nº 8.142/90 instituiu ao SUS a Conferência de Saúde e o Conselho de Saúde em cada nível governamental. Com efeito, o portal do Ministério da Saúde (2017) declara que essas instâncias colegiadas devem “formular estratégias, controlar e avaliar a execução de políticas de saúde”.

As conferências de saúde se reúnem a cada quatro anos com a participação de representantes dos vários grupos sociais da comunidade, como associações, sindicatos,

igrejas, entre outros. Essas conferências avaliam a situação da saúde em todo território nacional e contribuem na apresentação de soluções ou regras de orientação das políticas de saúde. Na análise de Saulo Lindorfer Pivetta:

Trata-se de órgão que viabiliza a participação de amplos setores da sociedade, constituindo um fórum que viabiliza a constante reflexão acerca das ações e serviços de saúde desenvolvidos pelo Estado. Além de avaliar criticamente as condutas estatais, funciona a Conferência como importante espaço do qual são extraídos elementos que estruturarão o planejamento das políticas públicas (PIVETTA, 2013, p. 139).

Os conselhos de saúde são formados pela coletividade de representantes do governo, profissionais de saúde e os usuários do sistema, que contribuem nas determinações sobre acerca do SUS. O já tratado princípio do controle social se organiza formalmente nos conselhos locais de saúde que são representados por pessoas da própria comunidade, em seguida tem-se os conselhos municipais que é a convergência entre os conselhos locais, depois surgem os conselhos estaduais que segue a mesma lógica dos demais e por fim tem-se o conselho nacional de saúde que reúne a representação de todos os demais conselhos.

Além das Leis Orgânicas do SUS, é importante destacar a Lei nº 12.401/11 que produziu alterações na Lei nº 8.080/90 ao “dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS” (BRASIL, 2011).

A Lei nº 12.401/11 reconheceu a Avaliação de Tecnologias em Saúde – ATS<sup>4</sup> como um parâmetro que deve ser observado nas decisões acerca da introdução de inovações tecnológicas em saúde no sistema público. Outrossim, tornou legítima a participação popular na aplicação de avanços tecnológicos no sistema público de saúde do país.

Ao longo da discussão iniciada neste capítulo, fica claro que diante da extensa legislação conferida ao direito à saúde no país, o número crescente de ações no judiciário brasileiro envolvendo o direito à saúde, como será visto no capítulo seguinte, decorre da busca pelo reconhecimento do referido direito perante o Poder Judiciário como um direito

---

<sup>4</sup> “A ATS é uma forma de pesquisa que avalia as consequências em curto e longo prazo do uso das tecnologias em saúde. É um processo multidisciplinar que resume informações sobre as questões clínicas, sociais, econômicas éticas e organizacionais relacionadas ao uso da tecnologia em saúde de uma maneira robusta, imparcial, transparente e sistemática, que segue métodos adequados para a tomada de decisão. Onde houver falta de dados, a ATS pode ser usada para gerar informações”. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver recurso eletrônico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 34 p. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo\\_incorporacao\\_tecnologias\\_sus\\_envolver.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_sus_envolver.pdf)> Acesso em: 24 fev. 2019.

subjetivo, competindo ao magistrado deliberar quanto aos fundamentos para aplicabilidade ou não desse direito.

### **3 DA JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA**

O leque de possibilidades de intervenção do judiciário na saúde pública é bem diversificado, considera-se que a judicialização na saúde tem crescido exponencialmente e ela tem sido compreendida como a utilização do Poder Judiciário na tentativa de elucidar problemas que não foram resolvidos na rede pública de saúde, sendo a grande maioria das demandas de caráter individual, assim, passou a competir ao Poder Judiciário aonde aplicar e para quem aplicar os recursos disponíveis para a saúde pública, ao invés de ser feito em caráter global, de modo harmônico, atendendo ao maior número de pessoas ou a todos que precisem.

O aumento considerável de demandas envolvendo a saúde tem grande impacto em relação às políticas públicas voltadas à saúde e na organização do sistema público, pois através dela o sistema judiciário brasileiro exige dos entes federativos a concretização do direito à saúde em decorrência da carência de políticas públicas ausente de implementação ou que ainda não foram regulamentadas em nosso ordenamento jurídico.

Quando se fala da organização do sistema de saúde, precisa-se inferir que não é possível a prestação de todos os serviços, de realizar todos os exames e nem de fornecer todos os medicamentos em razão da amplitude do sistema. Assim, o Ministério da Saúde pretende compreender o histórico epidemiológico nas diferentes regiões do país na tentativa de estruturar o sistema, atendendo o maior número possível de pessoas.

Sendo assim, é necessário judicializar certo, visando a efetivação do direito já estabelecido, mas não efetivado pelo poder público, além disso, é fundamental que todos os atores envolvidos na temática da saúde operem de maneira harmônica entre si através de núcleos de discussões, construindo enunciados e parcerias com os profissionais da área da saúde para que os magistrados profiram decisões técnicas e claras, de modo que consiga viabilizar o acesso da população a esse direito.

#### **3.1. A JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE PÚBLICA: SUAS VERTENTES E IMPLICAÇÕES**

A compreensão do fluxo excessivo de ações ao poder judiciário verificado mundialmente, requer uma reflexão prévia do grande número de ações que têm sido conduzidas visando a resolução de assuntos que primordialmente seriam resolvidos pelos demais poderes.

Segundo Barroso (2012), as demandas envolvendo o direito à saúde são dotadas de cunho político e social que estão sendo levadas ao poder judiciário, transferindo os poderes das instâncias políticas tradicionais aos juízes e tribunais para que apresentem seus entendimentos e a resolução do mérito das ações.

O termo judicialização é assimilado como gênero, dispondo de diversas espécies, dentre elas a referente a saúde.

o fenômeno conhecido como judicialização da saúde é multifacetado. Por um lado, as ações judiciais comprometem uma parcela significativa do orçamento para atender demandas específicas de alguns pacientes; por outro, podem significar o único caminho para salvar ou prolongar a vida de pacientes, especialmente de pessoas com doenças raras ou crônicas, como diabetes e câncer, que dependem de medicamentos de alto custo. Há também o uso desse recurso extremo para medicamentos equivalentes aos disponíveis no sistema público de saúde, e até mesmo para compra de produtos como fraldas ou água de coco – sempre com receita médica (PIERRO, 2017, p. 18).

De acordo com o 14º Relatório Justiça em Números, divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça – CNJ, no ano de 2018, tendo como base os dados entre 2014 e 2017, foram demandadas 1.778.269 ações relacionadas ao tema direito a saúde<sup>5</sup>.

As 1.778.269 demandas que versam sobre direito a saúde, considera os processos presentes no 1º e 2º grau, nos Juizados Especiais, no Superior Tribunal de Justiça e suas turmas recursais, além das turmas regionais de uniformização. Dentre o total de ações, no que tange à saúde pública dispõe o fornecimento de medicamentos como o tema de maior número de ações, são 420.930, seguida de demandas referentes a tratamento hospitalar contra o SUS, integrando 135.849 ações (LIMA; SCHULZE. 2018).

Conforme o portal do Ministério da Saúde (2018), entre os anos de 2010 e 2016 ocorreu um aumento de 1.010% nos gastos envolvendo a saúde, atingindo a marca de 4,5 bilhões gastos pela União no atendimento de demandas judiciais envolvendo diversas temáticas relacionadas ao direito à saúde<sup>6</sup>.

O número de demandas judiciais postulando prestações por parte do Estado para garantir o direito à saúde vem crescendo primeiramente em razão do ajuizamento inadequado

<sup>5</sup> CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em números 2018: ano-base 2017/ Conselho Nacional de Justiça** - Brasília: CNJ, 2018. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2018/08/44b7368ec6f888b383f6c3de40c32167.pdf>> Acesso em: 01 mar. 2019.

<sup>6</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Núcleo de Judicialização aprimora segurança do paciente em ações judiciais**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29890-nucleo-de-judicializacao-aprimora-seguranca-do-paciente-em-acoes-judiciais>> Acesso em: 02 mar. 2019.

de ações, além dos avanços tecnológicos que proporcionaram um maior acesso da população a informações importantes sobre seus direitos e a ineficaz implementação das políticas públicas de saúde pelo Poder Executivo.

Grande parte das demandas judiciais é decorrente da inexistência de uma política pública ou uma política que embora exista, não seja executada de maneira adequada. Temas como as filas para tratamentos e procedimentos cirúrgicos são importantes de serem postulados para que o poder público organize de forma efetiva a execução de tais serviços.

Inicialmente, é importante distinguir a judicialização de demandas envolvendo a saúde, pois estas envolvem temas como erro médico e a responsabilidade do profissional de saúde, ou seja, são falhas na prestação de saúde, mas que não necessariamente são contra os órgãos públicos, e aquela, como dito anteriormente, envolve o acesso à saúde, acesso a medicamentos, suplementos, atendimento hospitalar e tratamentos médicos em geral.

A judicialização pode se apresentar em diversas categorias, dentre elas a criminosa, a negativa e a boa e necessária para a garantia do direito à saúde.

A categoria criminosa aplica-se a casos em que uma rede integrada entre o profissional da saúde, laboratório, operadores do direito e em certos casos os pacientes estão envolvidos em ações judiciais para o fornecimento de medicamentos de alto custo ou compreendidos na obtenção de próteses dentre outras situações.

Segundo Renato Dresh (2016)<sup>7</sup>, a má judicialização diz respeito ao aumento do ônus nos serviços de saúde, em razão de privilégios idealizados por parte da população em demandas judiciais, prejudicando as políticas públicas em execução no sistema.

Um dos casos mais emblemáticos que retratam essa categoria diz respeito a “pílula do câncer”, medicamento objeto de várias decisões do Supremo Tribunal Federal. Em razão disto, foram realizados estudos para comprovar sua eficácia e ficou constatado que não há a eficácia pretendida, entretanto, ainda tramitam no judiciário diversas ações visando a obtenção do medicamento.

Em casos específicos dessa esfera, o demandante trata-se de paciente que requer um medicamento ou algo distinto do oferecido pelo SUS. Assim, o Poder Público se defende comprovando a existência de uma alternativa oferecida pelo próprio sistema público diferenciado pelo aspecto comercial e que causam uma economia significativa no orçamento público.

---

<sup>7</sup> CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Tribunal e governo fazem parceria para reduzir judicialização na saúde/ Conselho Nacional de Justiça** - Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/83236-tribunal-e-governo-fazem-parceria-para-reduzir-judicializacao-na-saude>> Acesso em: 02 mar. 2019.

Desse modo, demandas pautadas em pedidos de medicamentos ou tratamentos alternativos, geralmente são negadas, pois muitos juízes observam os enunciados do Conselho Nacional de Justiça, que embora não sejam vinculantes eles são muito úteis na resolução de conflitos.

Ainda segundo Renato Dresh (2016), a boa judicialização decorre da omissão da prestação do serviço de saúde, possibilitando aos indivíduos prejudicados na efetividade de seus direitos, readquiri-los através do poder judiciário.

Fica claro, portanto, que essa categoria sob o aspecto negativo corresponde ao extraordinário, são situações que não estão inseridas nas políticas públicas. Sob o aspecto positivo é aquela que registra um número mínimo de ações, mas que deveria apresentar um número macro de demandas; são situações em que a função organizativa do sistema impulsionaria um financiamento de todos os elementos previstos nas políticas públicas, como medicamentos, tratamentos e médicos especialistas, que embora possuam previsão legal nas políticas públicas de saúde, não são adequadamente efetivados.

Para compreender a quantidade de processos ajuizados postulando o direito a saúde no país, é necessário considerar suas condições específicas, pois o Brasil é um país de grande extensão territorial e uma das consequências dessas dimensões é a diferença econômica e social em suas regiões. Com efeito,

é preciso que se analise as questões inerentes a cada um dos Estados da federação, tais como, a sua população, a sua densidade demográfica, o grau de estruturação do seu sistema de saúde e as condições econômicas do Estado, vez que estas implicam diretamente nos recursos direcionados ao setor saúde. (LEITE; BASTOS, 2018, p.104).<sup>8</sup>

A saúde pública no Brasil vem passando por um momento diferenciado no aspecto demográfico, isso porque, a população, em sua maioria, está localizada nos grandes centros urbanos, concentrando apenas um número reduzido de habitantes nas áreas rurais.<sup>9</sup>

Diante desse quadro, contata-se que é nos grandes centros urbanos que se evidencia as desigualdades sociais, pois a população que mora nas periferias das cidades, não possui acesso a todos os direitos previstos na legislação do sistema público.

---

<sup>8</sup> LEITE, Ivan Corrêa, BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Judicialização da saúde: aspectos legais e impactos orçamentários. *Argumentum*, Vitória, v. 10, n. 1, p. 102-117, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/18659/13203>> Acesso em: 04 mar. 2019.

<sup>9</sup> De acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2015 a maior parte da população brasileira, 84,72%, vive em áreas urbanas. Já 15,28% dos brasileiros vivem em áreas rurais. Conheça o Brasil - POPULAÇÃO RURAL E URBANA. Disponível em: <<https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18313-populacao-rural-e-urbana.html>> Acesso em: 04 mar. 2019.



Outro ponto que deve ser observado ao estudar a intervenção do poder judiciário nas políticas públicas de saúde, diz respeito à evolução epidemiológica da atualidade. Corroborando este entendimento, ensina Mapelli Jr. (2015), o arcabouço jurídico do país exprimi que os serviços públicos de saúde ao realizar o atendimento a todos deve observar o perfil epidemiológico populacional, bem como os avanços tecnológicos nos serviços de saúde. Logo, percebe-se o impacto da biotecnologia em nas vidas, basta observar que doenças presentes na realidade da sociedade do século passado, não mais fazem parte da realidade social.

É importante ressaltar o entendimento do Supremo Tribunal Federal em admitir a solidariedade entre os três entes federativos, possibilitando que cada ente possa ser demandado individualmente, e sendo cabível uma compensação administrativa entre os entes, mas na maioria dos casos, as demandas são contra os Estados, ocorrendo com menor frequência demandas contra o Município ou a União e sem a realização da compensação, conforme se observa pela leitura do trecho abaixo transcrito:

consolidou-se a jurisprudência desta Corte no sentido de que, embora o art. 196 da Constituição de 1988 traga norma de caráter programático, o Município não pode furtar-se do dever de propiciar os meios necessários ao gozo do direito à saúde por todos os cidadãos. Se uma pessoa necessita, para garantir o seu direito à saúde, de tratamento médico adequado, é dever solidário da União, do Estado e do Município providenciá-lo (AI 550.530 AgR, rel. min. Joaquim Barbosa, j. 26-6-2012, 2ª T, *DJE* de 16-8-2012).

Desse modo, o entendimento jurisprudencial do Supremo Tribunal Federal promove uma sobrecarga aos Estados, em razão do elevado número de demandas, além disso, a situação se torna mais gravosa, nos Estados mais desprovidos de recursos financeiros, ao retirar parte do seu orçamento da saúde para executar as ações judiciais.

O problema do grande número de demandas que sobrecarrega os Estados surge em razão de uma compreensão equivocada do sistema público de saúde, pois conforme visto no capítulo anterior, o sistema possui uma extensa organização com políticas estabelecidas na Lei Maior e em outras legislações e regulamentos que distribuem as competências dos entes federativos.

Tomando por base as informações acima, é possível afirmar que os serviços referentes à toda atenção básica de saúde são realizados pelos Municípios, ambiente onde estão localizados os postos de saúde e onde a população tem acesso direito aos serviços. Aos Estados, compete a organização e execução material de compras de medicamentos e

componentes especializados e a União é atribuída da função de regulamentar os serviços e financiar os medicamentos, os componentes especializados e as políticas de saúde.

Em decorrência das demandas judiciais, são produzidos diversos problemas relacionados a desorganização do sistema de saúde, tendo em vista que ela transfere ao juiz o poder de deliberar sobre políticas de saúde e essas deliberações via de regra tem sido do ponto de vista individual, concedendo para indivíduos direitos que não estão plasmados nas políticas públicas de saúde. Por esse motivo, o Poder Judiciário passou a figurar como o responsável pela aplicação e para quem aplicar a efetivação do direito à saúde, sem ser observado no ponto de vista da coletividade, de modo harmônico para atender a maioria ou a todos que precisem.

Além dos motivos elencados, outro problema relacionado a judicialização diz respeito a utilização equivocada de determinados conceitos, ocorrendo em diversos momentos do processo, como na exordial, na defesa e também nas decisões proferidas pelos juízes.

Um desses desacertos conceituais se relaciona com os princípios da universalidade e da integralidade, ambos já tratados no capítulo passado. Quando se fala em universalidade, refere-se a um direito de todos, um direito do cidadão, conceito que não pode ser confundido com a integralidade assistencial, pois este tem relação com a organização do sistema em todos os níveis de atenção e complexidade e na sua própria regulamentação.

O conceito de universalidade diz respeito ao acesso universal, ou seja, o acesso de todos ao sistema, entretanto é comumente confundido com a ideia de acesso integral, reflexo do princípio da integralidade (BLIACHERIENE; SANTOS, 2016).

Outro tópico de equívoco diz respeito aos termos câncer e oncologia<sup>10</sup>. O câncer, para ser tratado necessita de uma organização sistêmica, inclusive para receber o tratamento médico terapêutico, denominado de oncologia. Entretanto, em algumas demandas judiciais, o termo oncologia fica confundido como sendo o medicamento utilizado pelos pacientes.

Do mesmo modo, o conceito de urgência médica, empregado pelo próprio médico como risco iminente de morte é incompatível com o estabelecido no Conselho Federal de Medicina - CFM ao diferenciar os termos urgência e emergência<sup>11</sup>, é nesta que está o risco

---

<sup>10</sup> Define-se por CÂNCER o nome genérico para um grupo de mais de 200 doenças em razão do crescimento anormal e fora de controle das células e também é conhecido como neoplasia. Define-se por ONCOLOGIA o ramo da ciência médica que lida com tumores e com câncer. INSTITUTO ONCOLOGIA. **O que é Oncologia?** 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-oncologia/82/1/>> Acesso em: 08 mar. 2019.

<sup>11</sup> Define-se por URGÊNCIA a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata. Define-se por EMERGÊNCIA a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo portanto, tratamento médico imediato. Brasil. **Resolução Conselho Federal Medicina nº 1451/95**. DOU, 17 de mar. de

iminente de vida. Então, ocorre um equívoco conceitual produzido pelo próprio médico ao declarar que é urgente por se tratar de um risco iminente de vida, produzindo uma grande pressão aos familiares do paciente e também ao juiz que aprecia a ação, além de causar uma confusão ao produzir o entendimento que urgência para o profissional do direito difere de urgência utilizada pelo profissional da saúde.

### 3.2 DAS AÇÕES E DIRETRIZES DESEMPENHADAS PELO PODER JUDICIÁRIO E O PODER LEGISLATIVO

Em decorrência do aumento significativo de demandas envolvendo a saúde e reconhecendo que a temática era complexa, de modo que não bastava julgar, fazia necessário conhecer o conteúdo, é que no ano de 2009 o presidente do Supremo Tribunal Federal da época, o Ministro Gilmar Mendes, realiza a audiência pública nº 4 que reuniu profissionais das mais diversas áreas do direito e da saúde.

Os principais pontos discutidos nela foram: a) responsabilidade dos entes da federação em matéria de direito à saúde; b) Obrigação do Estado de fornecer prestação de saúde prescrita por médico não pertencente ao quadro do SUS ou sem que o pedido tenha sido feito previamente à Administração Pública; c) Obrigação do Estado de custear prestações de saúde não abrangidas pelas políticas públicas existentes; d) Obrigação do Estado de disponibilizar medicamentos ou tratamentos experimentais não registrados na ANVISA ou não aconselhados pelos Protocolos Clínicos do SUS; e) Obrigação do Estado de fornecer medicamento não lícitado e não previsto nas listas do SUS; f) Fraudes ao Sistema Único de Saúde. (Costa, F. V.; MOTTA, I. D. DA; ARAÚJO, D. A., 2017, p. 860).

Através dos debates realizados na audiência pública nº 4 ficou demonstrado que grande parte dos medicamentos objeto das demandas judiciais estão incorporados nas políticas públicas, de modo que a judicialização reflete uma falha na execução das políticas de saúde ou uma omissão do próprio Poder Público (JORGE, 2017).

O precedente Suspensão de Tutela Antecipada<sup>175</sup>/CE, expos de forma clara que o Brasil se filiou à medicina baseada em evidência e que muitas das causas envolvendo as demandas judiciais da saúde tratam de políticas que o próprio sistema prometeu, mas não conseguiu efetivar a sua realização.

Instaurar parâmetros para a judicialização na saúde propicia na população um interesse em compreender o dever do Estado ao materializar o direito a saúde através da legislação constitucional e infraconstitucional, além de perceber que o direito a saúde é um princípio a

---

1995. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29890-nucleo-de-judicializacao-aprimora-seguranca-do-paciente-em-acoes-judiciais>> Acesso em: 06 mar. 2019.

ser observado de forma conjunta com o direito a igualdade, a vida, a dignidade humana e outros, possibilitando ao cidadão um bem-esta coletivo.

A audiência pública nº 4, propiciou também a elaboração da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC, instituída pela Lei nº 12.401/11 e regulamentada pelo Decreto 7.646/11.

Nessa linha de intelecção, aponta Caetano et al (2017), a CONITEC é designada para assessorar o Ministério da Saúde na tomada de decisões envolvendo a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, na criação ou modificações nos protocolos e diretrizes da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME.

A Lei nº 12.401/11, ao incluir novos dispositivos a Lei nº 8.080/90, acrescentou ao sistema de saúde pública a segurança da medicina baseada em evidência, demonstrando que tal medicamento ou tratamento efetivamente fará bem ao paciente, resgatando sua qualidade de vida ou evitando que ele sucumba.

Conforme pontua Lopes (2000), a medicina baseada em evidência diz respeito ao exercício da ciência médica em circunstâncias incorporadas a eficaz observação crítica e aplicação de informações científicas desenvolvendo as características da assistência médica.<sup>12</sup>

Desse modo, a atuação do profissional da saúde e do direito merece grande destaque, visto que, conforme a base legal, o profissional de saúde deve pautar sua atividade sob a ótica da medicina baseada em evidências, de modo que o tratamento ou medicamento prescrito tenha uma justificativa fundada na medicina de evidência. Já o profissional do direito foi enriquecido com o instrumento da medicina baseada em evidência, auxiliando na melhor decisão para cada demanda.

Atendendo a considerações resultantes da audiência pública nº 4, foi realizada em 2014 a I Jornada de Direito da Saúde<sup>13</sup> e em 2015 a II Jornada de Direito da Saúde<sup>14</sup>, tendo como público alvo os operadores do direito e os profissionais da área da saúde, tendentes a discutir problemas específicos da judicialização da saúde e designar enunciados esclarecedores sobre o tema.

---

<sup>12</sup> LOPES, A.A.. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2000, vol.46, n.3, pp.285-288. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302000000300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302000000300015&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 07 mar. 2019.

<sup>13</sup> Os enunciados da I Jornada do Direito da Saúde estão disponíveis no portal do CNJ. Disponíveis em: <[http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS\\_APROVADOS\\_NA\\_JORNADA\\_DE\\_DIREITO\\_DA\\_SAUDE\\_%20PLENRIA\\_15\\_5\\_14\\_r.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf)>. Acesso em: 07 mar. 2019.

<sup>14</sup> Os enunciados da I Jornada do Direito da Saúde estão disponíveis no portal do CNJ. <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/destaques/arquivo/2015/05/96b5b10aec7e5954fcc1978473e4cd80.pdf>> Acesso em: 06 mar. 2019.

Vale ressaltar ainda, a recomendação nº 31/2010 do Conselho Nacional de Justiça que intentou para que o magistrado disponha de um corpo técnico que lhe de suporte ao fomentar as discussões entre todos os personagens participantes envolvidos na temática do direito à saúde.

### 3.3 O PAPEL DO PODER JUDICIÁRIO E DO MINISTÉRIO PÚBLICO NA GARANTIA DO DIREITO À SAÚDE

Ao definir a saúde como um direito de todos e dever do Estado, a Constituição brasileira conferiu ao Poder Judiciário e ao Ministério Público novos quadros de atuação. Ao Poder Judiciário apareceram diversas demandas tratando sobre a judicialização da saúde em consequência da incapacidade do Legislativo e do Executivo na concretização do direito à saúde. Por sua vez, ao Ministério Público foi conferido o papel de defensor dos direitos da população ao acesso integral a saúde, atentando para o acesso universal e a organização do sistema público.

Em decorrência do impacto financeiro produzido com as demandas judiciais, os gestores do sistema público de saúde têm caminhado para estabelecer uma relação entre o Poder Judiciário e o Ministério Público objetivando diminuir o número de ações, entretanto, problemas na efetividade das políticas públicas já existentes tem prejudicado o alcance dos resultados pretendidos (MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, 2005).

Com base nas considerações acima, é possível notar que o Poder Judiciário e o Ministério Público têm se empenhado em reduzir os conflitos reflexos da não efetivação do direito à saúde e evoluindo na garantia do direito a saúde como um todo, fazendo com que o sistema de saúde, dotado de princípios e diretrizes, possa de fato ser efetivado pelo que preconiza a Constituição e a legislação infraconstitucional.

Esse fenômeno de políticas públicas dentro do Poder Judiciário, possui como balizamento constitucional os artigos 5º e 196, pois, sabendo que o judiciário não pode se afastar de julgar qualquer causa em razão do princípio da inafastabilidade da jurisdição e que o direito à saúde apesar de preconizado como direito de todos e dever do Estado não consegue ser efetivado em sua totalidade para o destinatário final que é o cidadão, são postuladas as ações tratando sobre a judicialização da saúde.

O Poder Judiciário dispõe da função basilar de aplicação das normas aos casos concretos, entretanto, o Judiciário começou a inaugurar uma nova função, a incumbência de concretizar políticas públicas que deveriam ter sido desempenhas pelo Legislativo e

executadas pelo Executivo. Com efeito, segundo Bucci (2017), as ações judiciais começaram em pequenas quantidades e com o passar do tempo foram crescendo, convertendo o Poder Judiciário na porta de entrada e saída para o cumprimento das políticas públicas.

Diante dessa realidade, os diversos órgãos do Poder Judiciário introduziram medidas para combater aos números da judicialização. Dispõe-se como destaque, conforme mencionado ao longo do trabalho, a realização da Audiência Pública nº 4 pelo Supremo Tribunal Federal, que reuniu especialistas e pessoas da área do direito e da saúde para discutir sobre o acesso as políticas públicas no Brasil e os desafios enfrentados pelo Poder Judiciário nessa temática. Além disso, o Conselho Nacional de Justiça, em decorrência da ausência de elementos técnicos para a convicção dos profissionais do direito, editou uma série de recomendações e realizou o Fórum Nacional de Justiça.

Evidencia-se, portanto, que as políticas públicas que deveriam ser cumpridas e executadas pelo Poder Legislativo e Executivo, mas que não foram concretizadas são remetidas para o Poder Judiciário, tendo em vista que a população brasileira tem no Poder Judiciário o último reduto de esperança de ver o direito a saúde que a própria Constituição instituiu ser efetivamente prestado.

O Ministério Público é delineado como organismo autônomo singularizado pela permanência e essencialidade, obtendo assim, prestígio político e jurídico na esfera social. Por permanência deduz-se que a entidade não pode ser impedida exercer as atividades a ela instituídas e o termo essencialidade compreende a sua importância ao praticar atividade essencial ao sistema de justiça (SAMPAIO, 2013).

O parquet dispõe de um papel fundamental na garantia do direito à saúde da população, incumbido de defender a ordem jurídica, o regime democrático, os interesses sociais e individuais indisponíveis. Assim, o Ministério Público é um organismo dotado do status de defensor do direito à saúde.

Em decorrência desses preceitos acerca do papel do Ministério Público, o Superior Tribunal de Justiça instituiu o entendimento que:

o Ministério Público é parte legítima para pleitear tratamento médico ou entrega de medicamentos nas demandas de saúde propostas contra os entes federativos, mesmo quando se tratar de feitos contendo beneficiários individualizados, porque se trata de direitos individuais indisponíveis, na forma do art. 1º da Lei n. 8.625/1993 (Lei Orgânica Nacional do Ministério Público) (REsp 1.681.690, rel. mi. Og Fernandes, j. 25-04-2018, 1ª S, DJ de 03-05-2018).

Através desse entendimento, discutem-se os termos dever e poder, tendo em vista que a tarefa fundamental do Ministério Público é tratar de interesses difusos e coletivos que causem impacto na área da saúde pública, entretanto, em determinadas localidades, atuam efetivamente outros organismos públicos como a Defensoria Pública, não sendo necessária a atuação do Ministério Público.

O organismo público em comento tem pretendido se organizar e atuar junto com o judiciário e com os gestores públicos da saúde visando qualificar a atuação dos profissionais do Ministério Público, bem como criar promotorias especializadas na saúde pública e centros de apoio operacional, considerados como órgãos de assessoramento da estrutura pública, atuando significativamente no acompanhamento e na participação das normas de direito a saúde.

Diante do que foi apresentado, é necessário que todos esses atores envolvidos no cenário da efetivação da saúde pública compreendam o sistema público, desde o aperfeiçoamento da gestão, a execução das políticas e sua própria fiscalização, para que possa proceder dentro do próprio sistema com a responsabilidade devida, alcançando os objetivos almejados e enfrentando as dificuldades no desempenho das políticas públicas.

### 3.4 MÍNIMO EXISTENCIAL X RESERVA DO POSSÍVEL

A Constituição Federal de 1988 conferiu aos brasileiros uma série de direitos e obrigações estatais, no que tange aos direitos, dois atributos evidenciam sua distinção das liberdades públicas. Primeiramente sua capacidade de ser individualizados, ou seja, qualquer indivíduo pode pedir uma prestação diretamente para si em benefício próprio. A outra característica diz respeito ao elevado custo financeiro na socialização, assim todos os indivíduos pagam por essa benesse.

Diante dessa situação, figuram os princípios da reserva do possível e do mínimo existencial, visto que, mesmo diante da alta carga tributária gerada pelo Estado, o mesmo não possui recursos suficientes na prestação de todos os direitos instituídos no texto legal.

Na visão de Ana Paula Barcellos (2018), o princípio da reserva do possível possui ligação com a determinação de prioridades nos gastos públicos e com o efetivo desempenho do que foi determinado como prioridade. Para Uadi (2014), o referido princípio, não pode servir de barreira utilizada pelo ente estatal para se afastar do cumprimento de seus deveres.

Para efeito do desenvolvimento deste trabalho, toma-se como base o conceito de reserva do possível de Ingo Sarlet (2008), segundo o qual, a reserva do possível é dotada de

uma dimensão tríplice, envolvendo: a) a real disponibilidade do capital para concretizar os direitos fundamentais; b) a relação entre disposição jurídica dos recursos e a distribuição das competências tributárias; c) vinculação com a problemática da proporcionalidade da prestação.

É interessante trazer o entendimento do Supremo Tribunal Federal, proferido no julgamento da registrada Petição 1246, datado de 31 de janeiro de 1997, de relatoria do Ministro Celso de Mello, que se tornou orientação jurisprudencial firmada pela corte, a seguir colacionado:

entre proteger a inviolabilidade do direito à vida, que se qualifica como direito subjetivo inalienável assegurado a todos pela própria Constituição da República (art. 5º, “*caput*”), ou fazer prevalecer, contra essa prerrogativa fundamental, um interesse financeiro e secundário do Estado, entendo - uma vez configurado esse dilema - que razões de ordem ético-jurídica impõem ao julgador uma só e possível opção: o respeito indeclinável à vida (Pet. 1246 SC, Relator (a): Min. CELSO DE MELLO, julgado em 01/02/2007, DJ 13/02/1997).

A lide em comento refere-se ao caso de um portador de uma doença rara denominada distrofia muscular de duchene, uma síndrome que ainda não tem cura. O caso chegou ao Supremo Tribunal Federal, tendo como relator o Ministro Celso de Mello e tinha como pedido principal da parte autora a realização de um tratamento experimental em um centro médico nos Estados Unidos. Na maior parte do voto, o ministro trata do princípio da reserva do possível e depreende que entre um interesse secundário e salvar uma vida, não resta alternativa ao juiz se não salvar uma vida.

Fica claro, portanto, que a decisão judicial, ao tornar-se orientação jurisprudencial foi adotada por diversas vezes, entretanto, essa percepção apenas discorria sobre o embate entre saúde e dinheiro, sem considerar que o essencial é discutir as circunstâncias da saúde versus saúde, visto que na medida em que os recursos do sistema público são limitados, a utilização desse capital com gastos em tratamentos ou medicamentos de custos elevados e de utilidade desnecessária, sem observância da medicina baseada em evidência, causa a retirada de capital das políticas públicas estabelecidas no sistema e prejudica a população.

Os direitos sociais possuem como principal problema a efetividade de tais direitos, tendo em vista que quanto mais são ampliados e consagrados no aspecto formal, maior é o risco de esses direitos permanecerem apenas no texto legal. Em decorrência desse risco, surge a noção de mínimo existencial que segundo Walber de Moura Agra (2018), diz respeito a garantia aos direitos precisam de uma concretização, e que simultaneamente ao proteger a previsão constitucional, verifica-se a não proibição de escolha característico do regime democrático.



Assim sendo, o mínimo existencial, concerne a um conjunto de bens fundamentais para uma vida digna e o poder estatal deve obrigatoriamente fornecê-los sem a possibilidade de escusa de sua parte, não sendo o princípio da reserva do possível uma justificativa para sua não prestação.

Diante do que foi apresentado, o mínimo existencial surge como uma limitação ao princípio da reserva do possível, especificando a parcela de direitos fundamentais que não podem sofrer contenções, assim, a reserva do possível não pode ser aplicada como um meio de impedimento ao fornecimento de medicamentos e tratamentos ou impedir o acesso ao sistema judiciário, mas deve ser acionada na procura da evidencia científica, contudo, na ausência de evidencia científica, é concebível ao Poder Judiciário indeferir as demandas.

### 3.5 ESTRATÉGIAS EMPREGADAS NO TRATO DA JUDICIALIZAÇÃO DA SAÚDE

Conforme se observa ao longo do capítulo, a população brasileira não é contrária à judicialização, visto que ela é um instrumento que possibilita um grande debate na sociedade, entretanto, apesar dos debates oferecerem o resgate aos direitos dos cidadãos, lamentavelmente ocorre também um cenário de iniquidade produzido pela má judicialização.

No contexto contemporâneo, medidas que restrinjam o acesso a judicialização são fadadas a inconstitucionalidade e ao fracasso, fazendo-se necessário a oferta de orientações nas vias diretas entre a população e a rede pública de saúde, reduzindo a atuação do Poder Judiciário como figura intermediária da relação (BUCCI, 2017).

Desse modo, faz-se necessário a produção de métodos visando a redução da judicialização, pautando-se na busca de esforços para maior racionalidade na relação dos atores institucionais presentes na judicialização (BUCCI, 2017).

Dentre as diversas estratégias adotadas para o trato da judicialização na seara nacional, irá se abordar os projetos: Núcleo de Apoio Técnico ao Poder Judiciário - NAT-Jus e o Acesso SUS. Ambos os projetos permitem uma melhor estruturação organizacional, aproximando os profissionais do direito, da saúde e toda a população envolvida, esclarecendo dúvidas quanto à judicialização, suas causas e quando ela se torna improdutiva para a sociedade.

### 3.5.1 O Núcleo de Apoio Técnico ao Poder Judiciário - NAT-Jus e o Acesso SUS

As decisões envolvendo o direito a saúde sempre foram marcadas pela necessidade de um conhecimento técnico para o proferimento das decisões pelos magistrados, e na ausência de mecanismos para o embasamento técnico na resolução dos conflitos, os magistrados admitiam os documentos produzidos pelos profissionais da saúde com um elevado grau de confiabilidade.

Assim, surge os Núcleos de Apoio Técnico, usualmente conhecidos como Nat-Jus para auxiliar os magistrados de forma técnica nas demandas judiciais concernentes ao direito a saúde em todo o país, produzindo pareceres técnicos pautados na medicina baseada em evidência.

Os Núcleos de Apoio Técnico ao Poder Judiciário têm origem na Recomendação nº 31 do Conselho Nacional de Justiça, decorrente da Audiência Pública nº 4 realizada pelo Supremo Tribunal Federal, orientando aos Tribunais de Justiça Estaduais e os Tribunais Regionais Federais oficializarem convênios com profissionais da saúde para auxiliar os magistrados ao proferir suas decisões.

O grande problema para a efetivação dos núcleos a nível estadual é que a recomendação em comento apenas tratou da sua criação, sem se preocupar com os aspectos fundamentais para o seu funcionamento. Desse modo, cada Estado originou o seu núcleo através dos recursos existentes e muitos desses núcleos funcionam de formas diversificadas em razão da falta de organização estrutural.

Em decorrência dessa realidade, o Conselho Nacional de Justiça, criou uma plataforma virtual visando condensar os dados obtidos a nível nacional. Com efeito, o portal do Conselho Nacional de Justiça, o objetivo do núcleo é a realização de um cadastro nacional de pareceres e notas técnicas, fornecendo aos magistrados esclarecimento científico das ciências médicas ao arbitrar sobre demandas envolvendo a concessão ou não de medicamentos ou tratamentos de pessoas que recorrem ao judiciário (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA, 2017).

Fica claro, portanto, que os Nat-Jus possuem uma atuação importante dentro do sistema judiciário, visto que esses núcleos permitem aos magistrados, antes de proferir suas decisões, se auxiliarem de profissionais membros de universidades ou hospitais universitários e isentos de imparcialidade, que irão apresentar uma elucidação na mente dos juízes produzindo respostas rápidas através de pareceres ou notas técnicas pautados em medicina baseada em evidência, dependendo da revisão bibliográfica e do tempo em que serão formadas.

Pretendendo assegurar o uso racional de medicamentos fundados na medicina baseada em evidência, reduzir o volume de ações judiciais desnecessárias e prejudiciais para uma boa judicialização, e atender de forma individual, respeitando as necessidades específicas de cada cidadão é que surge a iniciativa Acessa SUS.

O projeto é resultado de um termo de cooperação técnica entre o Ministério Público, a Defensoria Pública, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, apoiado pela Procuradoria Geral do Estado e o Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo.

De acordo com o portal do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (2018), o programa Acessa SUS tem como escopo viabilizar o uso racional de medicamentos, além de reintegrar os pacientes aos programas fornecidos pela rede pública de saúde<sup>15</sup>.

Com base no que exprime o portal do Tribunal Regional Federal da 3ª Região (2018), todas as demandas envolvendo o direito a saúde, precisariam passar por uma análise técnica realizada pela Secretaria de Saúde visando garantir o direito da população, além de evitar os gastos que ocorrerão ao longo do processo judicial.

Nesse sentido, o fenômeno da judicialização na saúde vem crescendo ao longo do tempo e refere-se ao intermédio do Poder Judiciário sempre que o paciente não consegue a solução de seus problemas dentro do próprio sistema público de saúde. Em razão de ser um dos temas com o maior número de ações judiciais, o fornecimento de medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS tornou-se objeto de análise do Superior Tribunal de Justiça (Tema 106 – STJ). Nesta perspectiva, será examinado no próximo capítulo o Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, com a observância dos critérios para o fornecimento e suas implicações no ordenamento brasileiro.

---

<sup>15</sup> TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 3ª REGIÃO. **Programa Acessa SUS**. Tribunal Regional Federal da 3ª Região, 2018. Disponível em: <<http://www.trf3.jus.br/natjus/programa-acessa-sus/>> Acesso em: 13 março 2019.

#### **4 DA OBRIGATORIEDADE DO PODER PÚBLICO EM FORNECER MEDICAMENTOS NÃO AMPARADOS NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE E O REPETITIVO Nº 106 DO SUPERIOR TRIBUNAL DE JUSTIÇA**

Conforme exposto nos capítulos anteriores, apesar do direito a saúde possuir garantia na Constituição Federal e ter o sistema único de saúde regulamentação em legislação própria, são frequentes a procura pelo poder judiciário para efetivação de tal direito.

Ações judiciais pleiteando prestações por parte do Estado na garantia do direito à saúde tem sobrecarregado o poder judiciário como diversos assuntos reflexos do referido direito, tendo como destaque demandas que tratam do fornecimento de medicamentos não incorporado pela rede pública.

O tema dos medicamentos não integrantes de atos normativos previstos pelo SUS tem despertado novos debates em diversos tribunais brasileiros. Com efeito, o Superior Tribunal de Justiça, no Recurso Especial nº 1.657.156/RJ refere-se ao tema por ser contemporâneo e próprio da Fazenda Pública.

O recurso em análise é enquadrado no Tema 106 do Superior Tribunal de Justiça e foi publicado no Informativo 625 do referido Tribunal de Justiça. A decisão diz respeito ao debate entre o Poder Público e a judicialização na saúde aludindo sobre o dever estatal na prestação de medicamentos não incorporados em protocolos clínicos do sistema público.

O julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ não se diferenciou muito das demais demandas no sentido de que a maioria das ações individuais envolvendo o fornecimento de medicamentos necessários para o tratamento de moléstias é absorvida pelo poder judiciário, julgando pela procedência da demanda. Entretanto, a grande distinção desse julgado diz respeito ao estabelecimento de condições para que o paciente obtenha, do Poder Público, medicamentos não incorporados pela rede pública de saúde.

Desse modo, é imprescindível ao Estado adquirir o medicamento e entregá-lo ao particular que dele necessita. A Primeira Seção do STJ definiu três requisitos necessários para obtenção do pedido, sendo os critérios considerados cumulativos, ou seja, eles precisam acontecer ao mesmo tempo, na ausência de qualquer das condições, a parte demandante não teria direito ao medicamento não incorporado os protocolos clínicos do SUS.

#### 4.1 O RECURSO ESPECIAL 1.657.156/RJ: EXPOSIÇÃO FÁTICA E A TESE FIXADA

É de tamanha importância se precaver à cada detalhe desse julgado e observar atentamente as petições e decisões apresentadas no trâmite processual. Precisa-se de um olhar zeloso, pois o litígio em comento estabeleceu parâmetros que devem ser observados ao fornecer medicamentos não incorporados pelo sistema público de saúde diante do nosso ordenamento jurídico.

Inicialmente, a parte autora/ recorrida Fatima Theresa Esteves dos Santos de Oliveira, diagnosticada com glaucoma crônico bilateral (CID 440.1), tendo apresentado laudo médico, deliberado por profissional da rede pública, comprovando a necessidade de utilização dos colírios (azorga, glauco e optivo) não especificados na lista de fornecimento gratuito pelo SUS ajuizou ação em face do Estado do Rio de Janeiro e do Município de Nilópolis pretendendo o fornecimento dos medicamentos (STJ, 2018).

O juízo de origem julgou pela procedência do pedido, condenando os réus solidariamente para fornecerem a parte autora os medicamentos essenciais para o tratamento da doença. O Estado do Rio de Janeiro recorreu da decisão, mas o Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro manteve a sentença, foi interposto posteriormente Agravo Interno contra a decisão do Tribunal e oposto Embargos de Declaração, ambas as peças propostas pelo Estado do Rio de Janeiro e ambas foram rejeitadas (STJ, 2018).

O Recurso Especial nº 1.657.156/RJ foi interposto pelo Estado do Rio de Janeiro, com fundamento no art. 105, III, "a", da Constituição Federal, contra acórdão do Tribunal de Justiça do Estado do Rio de Janeiro, entretanto, o referido Recurso Especial foi inadmitido, especial pautando-se em dois parâmetros característicos. Primeiramente por inexistir qualquer violação ao artigo 1.022 do Código de Processo Civil. Em segundo lugar, a incidência das objeções das Súmulas 7/STJ<sup>16</sup> e 284/STF<sup>17</sup> (STJ, 2018).

O caso em comento apresentou-se como Agravo em Recurso Especial de nº 1.052.276 - RJ<sup>18</sup>. Entretanto, o Relator, Ministro Benedito Gonçalves ordenou a conversão do agravo em recurso especial, conforme previsão do Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça.<sup>19</sup>

<sup>16</sup> Súmula 7 – “A pretensão de simples reexame de prova não enseja recurso especial”. Disponíveis em: <[http://www.stj.jus.br/docs\\_internet/VerbetesSTJ\\_asc.pdf](http://www.stj.jus.br/docs_internet/VerbetesSTJ_asc.pdf)>. Acesso em: 17 mar. 2019.

<sup>17</sup> Súmula 284 – “É inadmissível o recurso extraordinário, quando a deficiência na sua fundamentação não permitir a exata compreensão da controvérsia”. Disponíveis em: <<http://www.stf.jus.br/portal/jurisprudencia/menuSumarioSumulas.asp?sumula=2230>>. Acesso em: 17 mar. 2019.

<sup>18</sup> STJ. AREsp 1.052.276 RJ 2017/0025629-7. Relator (a). Min Benedito Gonçalves, julgado em 24/02/2017, DJ 07-3-2017. Disponível em: <[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=69764621&num\\_registro=201700256297&data=20170307&tipo=0&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=69764621&num_registro=201700256297&data=20170307&tipo=0&formato=PDF)>. Acesso em: 18 mar. 2019.

Em seguida, a Primeira Seção do STJ afetou a ação a ordem dos recursos especiais repetitivos, em razão do caráter representativo de controvérsia de acordo com o que preceitua o Código de Processo Civil - CPC.<sup>20</sup> Além disso, o tema abordado no processo é objeto do tema de número 106, que se encontra sem processo vinculado, em razão de o feito anterior ter sido desafetado (STJ, 2018).

O tema afetado, em princípio possuía o seguinte enunciado “obrigatoriedade de fornecimento, pelo Estado, de medicamentos não contemplados na Portaria n. 2.577/2006 do Ministério da Saúde (Programa de Medicamentos Excepcionais)”. Entretanto, a portaria discutida foi ab-rogada e substituída integralmente pela portaria de nº 2.982/09 (STJ, 2018).

Em vista disto, foi oferecido questão de ordem na proposta de afetação no recurso especial, propondo a adequação do tema para a seguinte redação “Obrigação do Poder Público de fornecer medicamentos não incorporados, através de atos normativos, ao Sistema Único de Saúde”, considerando a existência de inúmeros programas de fornecimentos de medicamentos pela rede pública, cada um pautado em ato normativo próprio e que a relação com uma portaria específica tem como consequência uma diminuição na abrangência do tema (STJ, 2018).

O tema afetado, se refere ao fornecimento medicamentos previstos na Lei nº 8.080/90 incluído pela 12. 401/11. que diz:

Art. 19-M. A assistência terapêutica integral a que se refere a alínea d do inciso I do art. 6º consiste em: I - dispensação de medicamentos e produtos de interesse para a saúde, cuja prescrição esteja em conformidade com as diretrizes terapêuticas definidas em protocolo clínico para a doença ou o agravo à saúde a ser tratado ou, na falta do protocolo, em conformidade com o disposto no art. 19-P (BRASIL, 1990).

Diante desse dispositivo, o princípio da integralidade será acolhido por meio da previsão do fármaco em protocolo clínico ou diretriz terapêutica, ou em razão de sua ausência, com suporte nas relações de fármacos produzida pela gestão federal do SUS (MARTINS AFFONSO, 2013).

Passado esse momento processual, diversas entidades requereram o ingresso na ação na qualidade de *amicus curiae*, dentre elas o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CRM/SP, o Grupo de Amparo aos Doentes de Aids – GADA, o Colégio Nacional

---

<sup>19</sup> Art. 34. São atribuições do relator:

(...)

XVI - determinar a autuação do agravo como recurso especial;

<sup>20</sup> Art. 1.036 e seguintes da Lei nº 13.105, de 16 de março de 201. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm)>. Acesso em: 16 mar. 2019.

dos Procuradores Gerais dos Estados e do Distrito Federal, a Defensoria Pública da União, e a Associação Nacional dos Defensores Públicos, cada uma com seu motivo específico.

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo – CRM/SP requereu o seu ingresso como *amicus curiae* com a justificativa de que o entendimento decorrente do julgamento da ação irá repercutir nas atividades realizadas pelo profissional da área médica (STJ, 2018).

O Grupo de Amparo aos Doentes de AIDS – GADA requereu a sua entrada no processo com a alegação de o fato de executar atividades especializadas no campo da saúde justifica o seu acesso a ação (STJ, 2018).

A Defensoria Pública do Estado de São Paulo solicitou seu ingresso na demanda sob a alegação de que a decisão promoverá grande repercussão a população que se socorre dos seus serviços, além da contribuição que a entidade pode oferecer a Corte (STJ, 2018).

A Associação Nacional dos Defensores Públicos – ANADEP postula seu acesso ao feito com a justificativa de que opera no amparo aos propósitos da Defensoria Pública, além de defender a população que se encontrar em situação de vulnerabilidade (STJ, 2018).

A Primeira Seção do STJ autorizou o ingresso a Defensoria Pública da União e ao Colégio Nacional de Procuradores Gerais dos Estados e do Distrito Federal como *amicus curiae*.

Durante o curso processual, o recorrente apresentou petição solicitando a retirada do processo da pauta de julgamento em razão da oportunidade de realização de audiência pública sobre o objeto da demanda. O relator da ação proferiu decisão monocrática indeferindo o pedido, visto que o processo se apresenta apto para apreciação (STJ, 2018).

A União requereu através de petição a indispensabilidade de afetação de outros recursos especiais dotados de mais abrangência sobre o tema, desempenhando um novo julgamento sobre o tema, figurando como parte e fundamental interessado da tese. Entretanto, o relator indeferiu o pedido contido na petição da União sob a justificativa de já ter ocorrido o início do julgamento do Recurso Especial.

Em decisão datada de 25/04/2018, a Primeira Seção do STJ, apreciou o recurso especial nº 1.657.156/RJ e definiu os requisitos para o fornecimento de medicamentos que não são disponibilizados pelo sistema único de saúde, restringindo a imposição de tais requisitos as ações ajuizadas após o julgamento do recurso especial em comento.

Após o julgamento do recurso especial, o Ministro Relator Benedito Gonçalves observou o interesse jurídico da União no tema em julgamento e aprovou a sua entrada no processo como assistente alcançando o litígio nas circunstâncias em que se posiciona<sup>21</sup>.

Em vista da decisão proferida no dia 25/04/2018, foram opostos embargos de declaração, figurando como embargante, o Estado do Rio de Janeiro, a União e Fatima Theresa Esteves dos Santos de Oliveira (STJ, 2018, p.1).

O Estado do Rio de Janeiro opôs embargos de declaração no intuito de requerer a inserção de forma expressa quanto ao laudo médico de se obrigar a satisfazer os elementos previstos no enunciado 15 da Jornada de Direito da Saúde do CNJ, além de requerer maior clareza quanto a ineficácia do medicamento fornecido pela rede pública e maior clareza ao terceiro critério ao afastar a liberação de medicamentos para uso “off label”<sup>22</sup>.

A União opôs embargos de declaração afirmando que o Brasil adotou a medicina baseada em evidências e que além do laudo médico faz-se necessário a realização de perícia para comprovar a ineficácia do medicamento fornecido pela rede pública, além disso, não estiveram presentes os motivos para modulação dos efeitos e que essa modulação fere a isonomia quanto aos processos ajuizados anteriores a demanda em análise.

A parte autora Fatima Theresa Esteves dos Santos de Oliveira opôs embargos de declaração apontando que a Primeira Seção quanto ao registro do fármaco na ANVISA não observou o julgamento do RE 657.718/MG e que a jurisprudência do Supremo Tribunal Federal segue o entendimento de que os entes podem ser obrigados a fornecerem os fármacos não registrados na ANVISA quando comprovado ser o único meio de eficácia para o tratamento do paciente.

Diante dos Embargos de Declaração no Recurso Especial nº 1.657.156/RJ ficou definido que não compete ao Superior Tribunal de Justiça indicar os elementos incluídos no laudo médico e apreciar a ineficácia do medicamento fornecido pela rede pública, visto que compete ao julgador nas instâncias ordinárias. Outro ponto explanado diz respeito a inserção

<sup>21</sup> Art. 119. Pendendo causa entre 2 (duas) ou mais pessoas, o terceiro juridicamente interessado em que a sentença seja favorável a uma delas poderá intervir no processo para assisti-la.

Parágrafo único. A assistência será admitida em qualquer procedimento e em todos os graus de jurisdição, recebendo o assistente o processo no estado em que se encontre. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm)>. Acesso em: 21 mar 2019.

<sup>22</sup> Define-se por USO OFF LABEL compreende o uso em situações divergentes da bula de um medicamento registrado na ANVISA. Pode incluir diferenças na indicação, faixa etária/peso, dose, frequência, apresentação ou via de administração. ANVISA. **Glossário da Resolução RDC Nº04/2009, de 10 de fevereiro de 2009.**

Disponível em: <

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/2894051/Gloss%C3%A1rio+da+Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+4%2C+de+10+de+fevereiro+de+2009/61110af5-1749-47b4-9d81-ea5c6c1f322a>>. Acesso em: 08 abr. 2019.



de outros requisitos para além dos já instituídos pelo recurso especial, posto que não é permitido tal enquadramento através de embargos de declaração. Por fim, elucida que o critério do registro na ANVISA descarta a oportunidade de fornecimento do fármaco para uso “off label” e esclarece que o terceiro requisito deve ser lido da seguinte forma: “existência de registro do medicamento na ANVISA, observados os usos autorizados pela agência” (STJ, 2018)

Nesses termos, diante do que foi apresentado, faz-se necessário analisar detidamente cada um dos critérios fixados na tese em comento e, portanto, será objeto do item seguinte no presente trabalho.

#### 4.2 DOS REQUISITOS DETERMINADOS

O Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, que teve como questão de análise a obrigatoriedade do poder público de fornecer medicamentos não incorporados em ato normativo do SUS, estabeleceu três requisitos que serão observados de forma mais detida neste item. Neste sentir:

A concessão dos medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS exige a presença cumulativa dos seguintes requisitos: (i) Comprovação, por meio de laudo médico fundamentado e circunstanciado expedido por médico que assiste o paciente, da imprescindibilidade ou necessidade do medicamento, assim como da ineficácia, para o tratamento da moléstia, dos fármacos fornecidos pelo SUS; (ii) incapacidade financeira de arcar com o custo do medicamento prescrito; (iii) existência de registro na ANVISA do medicamento. (STJ, REsp 1.657.156/RJ 2017/0025629-7, Relator (a): Min. BENEDITO GONÇALVES, Primeira Seção, julgado em 25/04/2018, DJ 04-05-2018).

O primeiro requisito posto pelo precedente, não dispõe de muita clareza na jurisprudência que antecede o recurso especial em comento. Segundo esse critério, percebe-se a existência da precedência um ato normativo do SUS perante a prescrição individual.

O prévio entendimento sobre o primeiro critério apresenta disposição na legislação brasileira, tanto na Lei nº 12.401/2011, quanto no Decreto nº 7.508/2011 expressam que as relações de medicamentos instituídas pelo gestor devem ser observadas.

Além disso, a matéria do primeiro requisito estava presente na I Jornada da Saúde do Conselho Nacional de Justiça, nos enunciados nº 14 e 15, que dizem:

Enunciado nº 14: Não comprovada a inefetividade ou impropriedade dos medicamentos e tratamentos fornecidos pela rede pública de saúde, deve ser indeferido o pedido não constante das políticas públicas do Sistema Único de Saúde.

Enunciado nº 15: As prescrições médicas devem consignar o tratamento necessário ou o medicamento indicado, contendo a sua Denominação Comum Brasileira (DCB) ou, na sua falta, a Denominação Comum Internacional (DCI), o seu princípio ativo, seguido, quando pertinente, do nome de referência da substância, posologia, modo de administração e período de tempo do tratamento e, em caso de prescrição diversa daquela expressamente informada por seu fabricante, a justificativa técnica<sup>23</sup>.

O enunciado de nº 14 reflete a necessidade de comprovar que o fármaco fornecido pela rede pública não apresenta efetividade no tratamento da moléstia. Refere-se à imposição apontada como condição da ação, concretizada como interesse processual, competindo ao demandante constatar a precisão da atuação do Poder Judiciário (SCHULZE, 2016).

O enunciado de nº 15 apresenta os elementos indispensáveis na prescrição médica com todas as informações necessárias ao entendimento do paciente, bem como o para a constituição do entendimento dos magistrados na ocorrência das demandas envolvendo o fornecimento dos medicamentos (SCHULZE, 2016).

Conforme se observa a seguir, a jurisprudência anterior ao julgado, somente afastava a normatividade da lista dos fármacos fornecidos pela rede pública, como algo simplesmente administrativo, sem encarar de forma devida à normatividade da lista. Neste sentir:

O fato de o medicamento não integrar a lista básica do SUS não tem o condão de eximir os entes federados do dever imposto pela ordem constitucional, porquanto não se pode admitir que regras burocráticas, previstas em portarias ou normas de inferior hierarquia, prevaleçam sobre direitos fundamentais. (STJ, AgInt no AREsp 405.126/DF, Relator. Min. GURGEL DE FARIA, Primeira Turma, julgado em 20/09/2016, DJ 26-10-2016).

Observa-se com a regra adotada com o julgamento do recurso especial nº 1.657.156/RJ, a importância da prescrição fornecida pelo médico e seu grau de executoriedade na judicialização, visto que, conforme analisado no capítulo passado, a prescrição médica é vista pelos juízes na maioria dos casos como um elemento que deve ser cumprido e respeitado.

No voto-vista diante do julgamento do recurso especial, a Ministra Assusete Magalhães exprime o entendimento de acordo com o Supremo Tribunal Federal, de priorizar o fornecimento de medicamentos pelo sus, sendo primordial a confirmação da ineficiência do medicamento fornecido para o tratamento do paciente para decorrer o dever do Estado em fornecer o medicamento recomendado pelo médico (STJ, 2018).

---

<sup>23</sup> Os enunciados da I Jornada do Direito da Saúde estão disponíveis no portal do CNJ. Disponíveis em: <[http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS\\_APROVADOS\\_NA\\_JORNADA\\_DE\\_DIREITO\\_DA\\_SAUDE\\_%20PLENRIA\\_15\\_5\\_14\\_r.pdf](http://www.cnj.jus.br/images/ENUNCIADOS_APROVADOS_NA_JORNADA_DE_DIREITO_DA_SAUDE_%20PLENRIA_15_5_14_r.pdf)>. Acesso em: 23 mar. 2019.

Desse modo, a Primeira Seção do STJ impôs aos magistrados e ao médico a obrigatoriedade de argumentar e fundamentar as prescrições do medicamento específico a cada caso.

A segunda condição imposta pelo precedente reflete a questão da hipossuficiência da parte, mas isto não significa dizer que a parte se encontra em condição de pobreza, visto que a rede pública de saúde possui um sistema de saúde, como visto no primeiro capítulo do trabalho, apto a atender todo e qualquer indivíduo da sociedade independentemente de qualquer condição social. Logo, é imprescindível a comprovação pela parte da incapacidade de comprar um medicamento que não está incorporado em ato normativo do sistema público de saúde sem comprometer a sua própria subsistência.

Conforme se observa a seguir, a jurisprudência do Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo já se descolava para esse entendimento, a seguir colacionado:

Aceitar a tese de que a parte autora deve ter seu tratamento custeado pelo Estado, mesmo quando comprovada sua abastada condição financeira, significa permitir o indevido acesso, de forma gratuita, a quem tem condições para custear seus medicamentos sem prejuízo de sua subsistência, prejudicando outros usuários que acabam tendo que se valer de serviços mais morosos e ineficazes por conta do excesso de demanda (TJSP. 4ª Câmara de Direito Público – AI Nº 2099173-70.2017.8.26.0000 – Rel Des. Paulo Barcellos Gatti – j. 28.08.2017)

Por último, tem-se o terceiro requisito da tese que diz respeito a existência de registro do medicamento pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA, ou seja, caso o medicamento não apresente registro junta a ANVISA, o Estado se exime da obrigatoriedade de fornecer o medicamento não incorporado aos protocolos clínicos do sus.

Essa terceira condição resulta da própria legislação orgânica do sus, no artigo 19-T, da Lei nº 8.080/90, que diz:

Art. 19-T. São vedados, em todas as esferas de gestão do SUS: (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

I - o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento, produto e procedimento clínico ou cirúrgico experimental, ou de uso não autorizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA; (Incluído pela Lei nº 12.401, de 2011)

II - a dispensação, o pagamento, o ressarcimento ou o reembolso de medicamento e produto, nacional ou importado, sem registro na Anvisa (BRASIL, 1990).

Desse modo, compreende-se que o entendimento da Primeira Seção do STJ é que o Estado não figura como obrigado a fornecer medicamento ausente de registro pela ANVISA, entretanto, a referida condição pode ser alterada pelo entendimento do Supremo Tribunal

Federal com o Recurso Extraordinário nº 657.718 que versa sobre o a obrigatoriedade estatal de fornecer medicamentos de alto-custo não registrados pela ANVISA.

#### 4.3 PRINCIPAIS REFLEXOS DA DECISÃO DO STJ

A Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça, ao julgar o Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, aprovou uma relevante tese sobre o direito a saúde, delineando os critérios que devem ser atendidos pelos pacientes que necessitam de fármacos não incorporado em atos normativos do sus.

O tema de nº 106 pelo STJ, impactou distintamente a produção de efeitos do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, oferecendo condições diversas as demandas suspensas e as distribuídas após o julgamento do caso.

Conforme mencionado no início deste capítulo, a Primeira Seção do STJ promoveu a suspensão em nível nacional de todos os processos envolvendo a questão objeto da demanda, de acordo com a previsão do Código de Processo Civil.

A afetação de recursos objetiva acolhe os elementos da economia processual, esforçando-se para poupar os tribunais de uma gama de julgados envolvendo a mesma matéria, mas em processos diversos. Além disso, os recursos especiais e extraordinários surgem para reapreciar a tese de direito em atividade, não se considerando ofensa ao acesso da seara recursal as restrições impostas ao seu julgamento. Compete ao pleno definir a tese presente no recurso especial ou extraordinário para que os encargos constitucionais das cortes superiores processem seu desempenho devidamente (THEODORO JÚNIOR, 2018).

No que tange a tese do recurso especial e o artigo 1.036 do CPC, o Ministro Relator Benedito Gonçalves, apresentou o entendimento apontado pelo Supremo Tribunal Federal, especificamente do Ministro Luís Roberto Barroso no voto do RE 566.471/RN, ao induzir os tribunais após o transito em julgado da ação, comunicar o Ministério da Saúde e a Comissão Nacional de Tecnologia do SUS para que elaborem estudos para a disponibilidade do fármaco pela rede pública (STJ, 2018).

O Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, inseriu um item associado à dimensão transindividual do direito à saúde, sem obstar o ajuizamento de demandas individuais, uma vez que a admissão de fármacos requerido ao SUS, acarreta na sua disponibilidade em caráter geral, concretizando o direito a saúde como posto pela Constituição Federal (SARLET, 2018).

Outro ponto abordado pelo julgado diz respeito a situação das demandas em curso e que não respeitam os critérios definidos pela decisão. Assim, com base no CPC vigente (ver

art. 927), institui ao Tribunal Superior a modulação de efeitos da decisão para que os requisitos definidos apenas sejam impostos as demandas distribuídas após a conclusão do julgamento do Recurso Especial (STJ, 2018).

O artigo 927 do CPC tem como destinatários específicos os juízes, incluindo os de primeiro grau de jurisdição e os tribunais, de modo que todos eles necessitam observar as orientações dos Tribunais Superiores e assim, as influências uniformizadoras obtêm uma atenção em sentido vertical, impondo a observação dos tribunais superiores a todas as instâncias (OAB - CONSELHO SECCIONAL DE RONDÔNIA, 2016).

Percebe-se, portanto, diante da análise do julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, que a Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça se empenhou na elaboração de requisitos essenciais ao provimento das ações, orientação amplamente realizada na esfera da judicialização na saúde pelos diversos níveis judiciais, atentando para o direito a saúde e todos os seus desdobramentos ao Poder Público.

É nítido que o julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, pela Primeira Seção do Superior Tribunal de Justiça, produziu requisitos essenciais ao provimento das ações, seguindo assim, as orientações amplamente realizadas na esfera da judicialização na saúde pelos diversos níveis judiciais, atentando para o direito a saúde e todos os seus desdobramentos ao Poder Público.

Diante do exposto, conclui-se que a formação de requisitos nas decisões judiciais, especialmente nas que se tornam precedentes para os demais tribunais, auxilia na exposição de parâmetros para a resolução de conflitos no poder judiciário, sem prejuízo ao recurso financeiro do poder público.

Ademais, o teor do tema 106 do STJ foi delimitado inicialmente de forma inadequada, por tratar de portaria ab-rogada e vinculada a outro elemento da assistência farmacêutica. Logo, fez-se necessário a adequação do tema, ampliando o objeto de análise.

Isso posto, o aperfeiçoamento do entendimento dos tribunais, especificamente no campo do direito à saúde, não dispõe de suporte constituição e infraconstitucional de fácil percepção, visto que se afasta dos desdobramentos do princípio da universalidade e fraciona as orientações traçadas pela Constituição e pela legislação orgânica do SUS.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exame da literatura dos últimos 30 anos, com o advento da Constituição Federal de 1988, mostrou que o direito à saúde foi estudado sob diferentes perspectivas e focalizou aspectos diversos, conforme os interesses e necessidades da população e as perspectivas da época. Mas agora, há fatos novos, suficientemente poderosos para provocar mudanças profundas no cenário social que pareciam imutáveis.

Os diversos textos comentados deixam claro que o crescente número de ações que envolvem o direito à saúde, reconhecida como judicialização na saúde, envolve atitudes e motivações complexas e é objeto de desempenho pelos diversos atores sociais envolvidos com o tema, aspirando pela confirmação determinante do direito à saúde pelo poder judiciário frente aos problemas na efetividade das políticas públicas enfrentados pelo poder público.

Desse modo, visando o esclarecimento das causas e implicações resultantes do fenômeno da judicialização e especialmente do tema nº 106 pelo Superior Tribunal de Justiça, era importante estudar sobre os parâmetros da judicialização na saúde pública e os reflexos do julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ diante dos critérios definidos com a fixação da tese que versa sobre a obrigatoriedade do Poder Público em fornecer medicamentos não incorporados em atos normativos do SUS.

Diante disso, a pesquisa teve como objetivo geral as demandas com os temas mais recorrentes no poder judiciário e os efeitos das políticas públicas concernentes ao Sistema Único de Saúde - SUS no contexto nacional após o advento da Constituição Federal e as Leis de nº 8.080/90 e 8.142/90, especificamente com o julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ. Constata-se que o objetivo geral foi atendido, visto que o estudo do tema se desenrolou mediante levantamento bibliográfico e análise da jurisprudência do STJ, mostrando que a população se socorre do Poder Judiciário na tentativa de elucidar problemas não resolvidos na rede pública de saúde, competindo ao Poder Judiciário aonde aplicar e para quem aplicar os recursos, ao invés de ser feito de modo harmônico, atendendo a todos que precisarem.

A pesquisa teve como primeiro objetivo específico descrever as principais características do direito à saúde pública no país na contemporaneidade, examinando a conceituação de saúde e sua contextualização na Constituição Federal de 1988 e nas Leis Orgânicas do SUS. Infere-se que o primeiro objetivo específico foi alcançado porque,

efetivamente, o trabalho conseguiu mediante levantamento bibliográfico e análise de artigos, identificar o conceito de saúde, seus princípios norteadores e as diretrizes do SUS.

O segundo objetivo específico foi indicado pela caracterização do fenômeno da judicialização na saúde pública em toda a sua extensão e desempenho dos atores sociais. Constatou-se que esse objetivo específico foi desempenhado diante da análise bibliográfica de estudos sobre as demandas envolvendo o direito à saúde e de jurisprudência que se tornaram precedentes nos tribunais brasileiros nos avanços da judicialização na saúde.

O estudo teve como terceiro e último objetivo específico identificar os critérios definidos pelo Recurso Especial nº 1.657.156/RJ quanto à obrigatoriedade do Poder Público em fornecer medicamentos não previstos pela rede pública de saúde e seus efeitos. Depreende-se que o terceiro objetivo específico foi executado, visto a observação jurisprudencial do Superior Tribunal de Justiça e o exame da atuação do Poder Judiciário ao elaborar critérios a serem atendidos para proceder com demandas da judicialização.

A pesquisa partiu da hipótese de que a execução das estratégias do Poder Público para o trato da saúde pública restou infrutíferas, visto a amplitude de ações e serviços que compete a executar diante da regulamentação pela Constituição Federal e as Leis Orgânicas do SUS provocando o número crescente de ações no judiciário brasileiro envolvendo o direito à saúde, como o caso do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ.

Durante o trabalho verificou-se que a judicialização na saúde pública promove amplo impacto na efetivação das políticas públicas voltadas à saúde e na organização do sistema público, visto que é através desse fenômeno que o poder judiciário impõe aos entes federativos a concretização do direito à saúde, em virtude da ausência de políticas públicas implementadas na esfera social.

Diante do julgamento do Recurso Especial nº 1.657.156/RJ, foi identificado que um dos grandes destaques de distinção entre este julgado e as demais decisões refere-se à instituição de requisitos que devem ser atendidos pelo paciente para a obtenção de medicamentos não incorporados pela rede pública de saúde pelo Poder Público.

Para lograr êxito com os objetivos específicos da pesquisa, recorreu-se a realização de consultas jurisprudenciais, doutrinárias e em outras fontes diversificadas, além de recorrer à análise dos critérios definidos com a tese e seus reflexos no crescente número de demandas envolvendo o direito à saúde, diante do procedimento metodológico bibliográfico e monográfico.

Diante da metodologia aplicada ao longo da pesquisa, percebe-se que a finalidade maior desse estudo foi colaborar com a produtividade acadêmica sobre o fenômeno da judicialização

na saúde pública, em especial o caso do tema nº 106 pelo Superior Tribunal de Justiça, além de detalhar os assuntos mais recorrentes nas demandas presentes no sistema judiciário brasileiro.

Perante o que foi apresentado, compreende-se a necessidade de judicializar com consciência, sabendo que o que deve ser judicializado é aquilo que está prometido nas políticas públicas de saúde, mas que não está sendo cumprido ou que ainda não constam no sistema público, além de ser essencial saber dos efeitos da intervenção do judiciário nas políticas públicas e a importância da atuação de cada um dos atores envolvidos com o fluxo excessivo de demandas para garantir o direito a saúde.

Por fim, foi constatado o aparecimento de novas indagações e a imprescindibilidade de especificar tópicos da judicialização na saúde pública. A necessidade de uma proximidade com a base teórica e o tema primordial da pesquisa, isto é, a atuação do poder judiciário na tomada de decisões inerentes as políticas públicas de saúde, proporcionou o surgimento de novas indagações, dentre elas: como os profissionais do direito estão procedendo ao se deparar com impasses produzidos pelo aumento considerável das demandas na saúde? No que tange a políticas públicas, como os entes federativos estão atuando na sua implantação para melhorar o quadro do crescente número de demandas envolvendo o tema da saúde pública?

Como os atores sociais das ações postulando pela prestação estatal para garantir a saúde pública estão se ajustando as novas estratégias para o trato do fluxo excessivo de demandas ao judiciário, a análise dos impactos desses mecanismos de empenho ao direito a saúde na produção de artigos científicos, surge então, como um tema grandes possibilidades para a ciência do direito e a ciência da saúde.



## REFERÊNCIAS

ANVISA. **Glossário da Resolução RDC Nº04/2009, de 10 de fevereiro de 2009**. Disponível em: <

<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33868/2894051/Gloss%C3%A1rio+da+Resolu%C3%A7%C3%A3o+RDC+n%C2%BA+4%2C+de+10+de+fevereiro+de+2009/61110af5-1749-47b4-9d81-ea5c6c1f322a>>. Acesso em: 08 abr. 2019.

AGRA, Walber de Moura. **Curso de Direito Constitucional**, 9. ed. Belo Horizonte: Fórum, 2018.

AITH, F.; BUJDOSO, Y.; NASCIMENTO, P. R. DO; DALLARI, S. Os princípios da universalidade e integralidade do SUS sob a perspectiva da política de doenças raras e da incorporação tecnológica. **Revista de Direito Sanitário**, v. 15, n. 1, p. 10-39, 2014.

BARCELLOS, Ana Paula de. **Curso de Direito Constitucional**. Rio de Janeiro: Forense, 2018.

BARRETO-JÚNIOR, I., & PAVANI, M. (2013). O direito à saúde na Ordem Constitucional Brasileira. **Revista de Direitos e Garantias Fundamentais**, 14(2), 71-100. Disponível em: <<http://sisbib.emnuvens.com.br/direitosegarantias/article/viewFile/263/182>> Acesso em: 20 fev. 2019.

BARROSO, Luis Roberto. Judicialização, Ativismo Judicial e Legitimidade Democrática. **Revista Thesis**, vol.5, n. 1, 2012, p. 25, Rio de Janeiro. Disponível em: <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/synthesis/article/view/7433/5388>> Acesso em: 01 mar. 2019.

BLIACHERIENE, A. C.; SANTOS, J. S. DOS. Delimitação do sentido normativo dos princípios doutrinários do direito à saúde como parâmetro mitigador da judicialização das políticas públicas de saúde, 2016. **Revista Consultor Jurídico**. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,delimitacao-do-sentido-normativo-dos-principios-doutrinarios-do-direito-a-saude-como-parametro-mitigador-da-ju,57105.html>> Acesso em: 06 mar. 2019.

BRASIL, Superior Tribunal de Justiça. **Regimento Interno do Superior Tribunal de Justiça** / organizado pelo Gabinete do Ministro Diretor da Revista – Brasília: STJ. 370 p. Disponível em: <<https://ww2.stj.jus.br/publicacaoinstitucional//index.php/Regimento/article/view/3115/3839>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Senado Federal: Centro Gráfico. Brasília, DF, 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm)> Acesso em: 07 fev. 2019

\_\_\_\_\_. **Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de abril de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12401.htm)> Acesso em: 24 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015.** Código de Processo Civil Brasileiro. Brasília, DF: Senado, 2015. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13105.htm)>. Acesso em: 16 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990 a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)> Acesso em: 07 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 31 de dezembro de 1990 b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm)> Acesso em: 07 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Princípios do SUS.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>> Acesso em: 24 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caminhos do direito à saúde no Brasil.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos\\_direito\\_saude\\_brasil.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caminhos_direito_saude_brasil.pdf)> Acesso em: 18 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Núcleo de Judicialização aprimora segurança do paciente em ações judiciais.** Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/29890-nucleo-de-judicializacao-aprimora-seguranca-do-paciente-em-acoes-judiciais>> Acesso em: 02 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde (SUS): estrutura, princípios e como funciona.** Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude>> Acesso em 22 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde.** Brasília, 17 a 21 de março de 1986. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8\\_conferencia\\_nacional\\_saude\\_relatorio\\_final.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/8_conferencia_nacional_saude_relatorio_final.pdf)> . Acesso em: 07 abr. 2019.

BUCCI, Maria Paula Dallari. Contribuição para a redução da judicialização da saúde. uma estratégia jurídico-institucional baseada na abordagem de direito e políticas públicas. In: Maria Paula Dallari Bucci & Clarice Seixas Duarte. **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo.** São Paulo: Saraiva, 2017, p. 31-87.

BULOS, Uadi Lammêgo. **Curso de direito constitucional**, 8º ed. rev. e atual. De acordo com a Emenda Constitucional n. 76/2013. São Paulo: Saraiva, 2014.

CAETANO, Rosângela et al. Incorporação de novos medicamentos pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias do SUS, 2012 a junho de 2016. **Ciência & saúde coletiva.** 2017, vol.22, n.8, p.2513-2525. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802513&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232017002802513&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 07 mar. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **E-NatJus** - Brasília: CNJ, 2017. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/forum-da-saude/e-natjus>> Acesso em: 13 mar. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Justiça em números 2018: ano-base 2017**. Brasília: CNJ, 2018. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/files/conteudo/arquivo/2018/08/44b7368ec6f888b383f6c3de40c32167.pdf>> Acesso em: 01 mar. 2019.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Tribunal e governo fazem parceria para reduzir judicialização na saúde**. Brasília: CNJ, 2016. Disponível em: <<http://www.cnj.jus.br/noticias/judiciario/83236-tribunal-e-governo-fazem-parceria-para-reduzir-judicializacao-na-saude>> Acesso em: 02 mar. 2019.

CONTI, José Maurício. **Comentário ao artigo 77, ADCT**. In: CANOTILHO, J. J. Gomes; MENDES, Gilmar F.; SARLET, Ingo W.; STRECK, Lenio L. (Coords.). *Comentários à Constituição do Brasil*. São Paulo: Saraiva/Almedina, 2013.

CORRÊA, Alexandra Barbosa de Godoy. A judicialização no acesso a medicamento. **Revista Direito & Diversidade**. v02, nº 03 p. 36-63. 2013. Disponível em: [http://www.facha.edu.br/pdf/revista-direito-3/revista\\_direito\\_n3\\_Artigo3.pdf](http://www.facha.edu.br/pdf/revista-direito-3/revista_direito_n3_Artigo3.pdf). Acesso em 18 fev. 2019.

COSTA, F. V.; MOTTA, I. D. DA; ARAÚJO, D. A., Judicialização da saúde: a dignidade da pessoa humana e a atuação do Supremo Tribunal Federal no caso dos medicamentos de alto custo. **Revista Brasileira de Políticas Públicas**, v. 7, n. 3, p. 10-39, 11 jul. 2014. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/82804/85759>> Acesso em: 06 mar. 2019.

INSTITUTO ONCOLOGIA. **O que é Oncologia?** 2015. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/o-que-e-oncologia/82/1/>> Acesso em: 08 mar. 2019.

JORGE, Ighor Rafael de. Novas formas de enfrentamento da judicialização da saúde: a audiência pública n. 4 e as medidas adotadas nos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo. In: Maria Paula DALLARI BUCCI & Clarice Seixas DUARTE. **Judicialização da Saúde: a visão do Poder Executivo**. São Paulo: Saraiva, 2017, p. 313-344.

LEITE, Ivan Corrêa, BASTOS, Paulo Roberto Haidamus de Oliveira. Judicialização da saúde: aspectos legais e impactos orçamentários. **Argumentum**, Vitória, v. 10, n. 1, p. 102-117, jan./abr. 2018. Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/argumentum/article/download/18659/13203>> Acesso em: 04 mar. 2019.

LIMA JR, Arnaldo Hossepian. SCHULZE, Clenio Jair. Os números do CNJ sobre a judicialização da saúde em 2018. **Revista Consultor Jurídico**. 10 Novembro 2018. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-nov-10/opiniao-numeros-judicializacao-saude-2018>> Acesso em: 02 mar. 2019.

LOPES, A.A.. Medicina Baseada em Evidências: a arte de aplicar o conhecimento científico na prática clínica. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2000, vol.46, n.3, p.285-288.

Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302000000300015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302000000300015&script=sci_abstract&tlng=pt)> Acesso em: 07 mar. 2019.

MARTINS AFFONSO, Flávia. O Conceito Indeterminado De Prognose E A Lei 12.401/2011. **Revista da AGU**, junho 2013. ISSN 2525-328X. Disponível em: <<https://seer.agu.gov.br/index.php/AGU/article/view/68>>. Acesso em: 07abr. 2019.

MELO, Adriana Zawada. Arts. 193 a 201. In: MACHADO, Costa (Org.); FERRAZ, Anna Candida da Cunha (Coord.). **Constituição Federal Interpretada: artigo por artigo, parágrafo por parágrafo**. 4.ed. Barueri: Manole, 2018. p. 1010-1058.

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL. **Manual de atuação do Ministério Público Federal em defesa da saúde**. 2005, p. 7. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/manual\\_atuacao.pdf](http://pfdc.pgr.mpf.mp.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/publicacoes/saude/manual_atuacao.pdf)> Acesso em: 09 mar. 2019.

MOTTA, Sylvio. **Direito Constitucional: Teoria, Jurisprudência**. 27. ed. rev. e atual. – Rio de Janeiro: Forense; São Paulo: MÉTODO, 2018.

ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL CONSELHO SECCIONAL DE RONDÔNIA. **Novo Código de Processo Civil Anotado**. Porto Velho: 2016. Disponível em: <<http://www.oab-ro.org.br/core/wp-content/uploads/2016/03/Novo-CPC-Anotado.pdf>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO)** - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

PIERRO, Bruno De. Demandas crescentes. **Pesquisa fapesp**, São paulo, n. 252, p. 18-25, fev. 2017. Disponível em: <<http://revistapesquisa.fapesp.br/2017/02/13/folheie-a-edicao-252/>> Acesso em: 01 mar. 2019.

PIVETTA, Saulo Lindorfer. **DIREITO FUNDAMENTAL À SAÚDE: Regime jurídico-constitucional, políticas públicas e controle judicial**. Dissertação (Mestrado em Direito), Universidade Federal do Paraná. Paraná. 2013. 270f. Disponível em: <<https://www.acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/30251/R%20-%20D%20-%20SAULO%20LINDORFER%20PIVETTA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. **História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão**. Cadernos do Internato Rural – Faculdade de Medicina/UFMG, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/ces/arquivo/2165/livros>>. Acesso em: 18 fev. 2019.

SAMPAIO, José Adécio Leite. **Comentário ao artigo 127º**. In: CANOTILHO, J. J. Gomes; MENDES, Gilmar F.; SARLET, Ingo W.; STRECK, Lenio L. (Coords.). **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo:Saraiva/Almedina, 2013. n.p.

SÃO PAULO. Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo (4. Câmara de Direito Público). **AI nº 2099173-70.2017.8.26.0000** – Relator(a) Des. (a) Paulo Barcellos Gatti. Julgado em.

28/08/2017, DJ 04-09-2017. Disponível em:

<<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/documentos/398855108/andamento-do-processo-n-2013-0334819-3-agint-agravo-recurso-especial-26-10-2016-do-stj>>. Acesso em: 18 mar. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang; FIGUEIREDO, Mariana Filchtiner. Reserva do possível, mínimo existencial e direito à saúde: algumas aproximações. **Revista de Doutrina da 4ª Região**, Porto Alegre, n. 24, jul. 2008. Disponível em: <[https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/61269/reserva\\_possivel\\_minimo\\_existencial.pdf](https://bdjur.stj.jus.br/jspui/bitstream/2011/61269/reserva_possivel_minimo_existencial.pdf)>. Acesso em: 11 mar. 2019.

SARLET, Ingo Wolfgang. **Comentário ao art. 196º**. In: CANOTILHO, J. J. Gomes; MENDES, Gilmar F.; STRECK, Lenio L.; \_\_\_\_\_ (Coords.). **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo:Saraiva/Almedina, 2013. p. n.p.

\_\_\_\_\_. **Comentário ao art. 197º**. In: CANOTILHO, J. J. Gomes; MENDES, Gilmar F.; STRECK, Lenio L.; \_\_\_\_\_ (Coords.). **Comentários à Constituição do Brasil**. São Paulo:Saraiva/Almedina, 2013. p. n.p.

SARLET, Ingo Wolfgang. STJ, STF e os critérios para fornecimento de medicamentos (parte 2). **Revista Consultor Jurídico**. Disponível em: <<https://www.conjur.com.br/2018-abr-27/direitos-fundamentais-stj-stf-criterios-fornecimento-medicamentos-parte>>. Acesso em: 07 abr. 2019.

SCHULZE, Clenio Jair. ENUNCIADOS DO CNJ SOBRE SAÚDE PÚBLICA (PARTE III) – POR CLENIO JAIR SCHULZE. **Revista Empório do Direito**, Florianópolis, 14/03/2016. Disponível em: <<https://emporiiododireito.com.br/leitura/enunciados-do-cnj-sobre-saude-publica-parte-iii-por-clenio-jair-schulze>>. Acesso em: 27 mar. 2019.

SILVA, José Afonso. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. 37ª edição. São Paulo: Malheiros Editores. 2014.

STF. **AI 550.530 AgR**. Brasília: STF, Relator (a). Min Joaquim Barbosa, julgado em 26/06/2012, DJ 16-8-2012. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigobd.asp?item=%201814>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **Pet. 1246**. Brasília: STF, Re Relator (a): Min. CELSO DE MELLO, julgado em 01/02/2007, DJ 13/02/1997. Disponível em: <<https://stf.jusbrasil.com.br/jurisprudencia/21028211/medida-cautelar-na-peticao-pet-1246-sc-stf>> Acesso em: 11 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **RE 195.192**. Brasília: SRF, Relator (a). Min. Marco Aurélio, Segunda Turma, julgado em 22/02/2000, DJ 31-3-2000. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/constituicao/artigoBd.asp?item=1817>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

\_\_\_\_\_. **RE 242859**. Brasília: STF, Re Relator (a): Min. ILMAR GALVÃO, Primeira Turma, julgado em 29/06/1999, DJ 17-09-1999 PP00061 EMENT VOL-01963-08 PP-01568. Disponível em:

[www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoTexto.asp?id=3692257&tipoApp=RTF](http://www.stf.jus.br/portal/processo/verProcessoTexto.asp?id=3692257&tipoApp=RTF)>. Acesso em: 06 fev. 2019.

**STJ. AgInt no Agravo em REsp nº 405.126 - DF 2013/0334819-3.** Relator (a). Min Gurgel de Farias, julgado em 20/09/2016, DJ 26-10-2016. Disponível em: <  
<https://www.jusbrasil.com.br/diarios/documentos/398855108/andamento-do-processo-n-2013-0334819-3-agint-agravo-recurso-especial-26-10-2016-do-stj>>. Acesso em: 16 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **AREsp 1.052.276 RJ 2017/0025629-7.** Relator (a). Min Benedito Gonçalves, julgado em 24/02/2017, DJ 07-3-2017. Disponível em: <  
[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=69764621&num\\_registro=201700256297&data=20170307&tipo=0&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=MON&sequencial=69764621&num_registro=201700256297&data=20170307&tipo=0&formato=PDF)>. Acesso em: 16 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **EDcl no REsp 1.052.276 RJ 2017/0025629-7.** Relator (a). Min Benedito Gonçalves, julgado em 12/09/2018, DJ 21-9-2018. Disponível em: <  
[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=86176508&num\\_registro=201700256297&data=20180921&tipo=91&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=86176508&num_registro=201700256297&data=20180921&tipo=91&formato=PDF)>. Acesso em: 16 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **QO na ProAfR no REsp 1.052.276 RJ 2017/0025629-7.** Relator (a). Min Benedito Gonçalves, julgado em 24/02/2017, DJ 07-3-2017. Disponível em: <  
[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=70066889&num\\_registro=201700256297&data=20170503&tipo=91&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=70066889&num_registro=201700256297&data=20170503&tipo=91&formato=PDF)>. Acesso em: 16 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **REsp 1.657.156 - RJ 2017/0025629-7.** Relator (a). Min Benedito Gonçalves, julgado em 25/04/2018, DJ 04-5-2018. Disponível em: <  
[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=76923856&num\\_registro=201700256297&data=20180504&tipo=91&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=76923856&num_registro=201700256297&data=20180504&tipo=91&formato=PDF)>. Acesso em: 16 mar. 2019.

\_\_\_\_\_. **REsp 1.681.690.** São Paulo: STJ, Relator (a). Min. Og Fernandes, Primeira Sessão, julgado em 25/04/2018, DJ 03-5-2018. Disponível em: <  
[https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1705877&num\\_registro=201701602137&data=20180503&formato=PDF](https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ITA&sequencial=1705877&num_registro=201701602137&data=20180503&formato=PDF)>. Acesso em: 09 mar. 2019.

THEODORO JÚNIOR, Humberto. **Código de Processo Civil anotado.** – 21. ed. – ed. revista e atualizada – Rio de Janeiro: Forense, 2018.

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL DA 3ª REGIÃO. **Programa Acessa SUS.** Tribunal Regional Federal da 3ª Região, 2018. Disponível em:  
 <<http://www.trf3.jus.br/natjus/programa-acessa-sus/>> Acesso em: 13 março 2019.